



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Edna Maria Varela Tavares – N° 20091101

ORIENTADOR: Professora Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa

Co – Orientador: Doutora Paula Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR no local de Estágio: Doutora Paula Agostinho
Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Lisboa, Novembro de 2011

Agradecimentos

No decorrer desta fase tão importante da minha vida, há muitas pessoas cruciais que me acompanham, auxiliam, e escutam, sempre com palavras sábias e eficazes.

À minha família, em especial aos meus pais e aos meus irmãos, que amo e de forma grata acredito terem feito por mim o melhor que puderam, cujo sorriso e brilho no olhar tanto me inspiram e apoiam e por serem incondicionalmente meus guias.

À minha Orientadora Dra. Paula Agostinho, por todo o trabalho e apoio incansável que me prestou durante todos estes meses. Nunca me abandonou, nunca deixou de ter tempo para ouvir, aconselhar e acompanhar de perto todo o meu trabalho.

À Professora Doutora Odete Nunes, à Doutora Mónica Pires e à Dr.^a Paula Pires, orientadora deste relatório, por ter participado dando-me todo o seu apoio, transmitindo os seus conhecimentos, coragem, serenidade com a sua maneira de ser e de estar.

A toda família Hospitaleira (em especial a Superiora do Centro Irmã Noémia e a recepcionista Fernanda nos momentos cruciais da minha vida), pela simpatia, hospitalidade e ajuda na minha integração no dia-a-dia do Centro Psicogeriátrico N^a Senhora de Fátima.

Aos meus queridos padrinhos, convosco fui menina e mulher, convosco apaixonei-me pela terceira idade e tracei o meu destino.

Aos meus amigos (Saico, Conceição, Jair, João Brito, Júlio, Pedro Matias, Sonilda e Zé) e colegas, pela amizade, pelo carinho e apreço com que sempre me trataram: as alegrias, as tristezas e sobre tudo as dificuldades académicas como pessoais ultrapassadas desde o momento, em que nos conhecemos e que jamais esqueerei.

A todos aqueles com quem me vou cruzando e aprendendo.

Muitíssimo obrigada a todos

Índice

Índice	I
Introdução	6
2. Caracterização da Instituição	8
Os objectivos do centro psicogeriátrico.....	10
As condições de admissão no Centro Psicogeriátrico	11
Caracterização da População Utente do Centro	12
Serviço de Psicologia	13
3. Plano de Estágio	14
4. Enquadramento Teórico.....	15
4.1 A Velhice.....	15
4.2 Dimensão do Envelhecimento	19
4.2.1 O envelhecimento no feminino.....	21
4.2.2 Aspecto Demográfico do Envelhecimento	22
4.2.3 Aspecto biológico do envelhecimento.....	23
4.2.4 Aspecto psicológico do envelhecimento	23
4.3 As Demências: Deterioração Mental nos Idosos	30
4.4 Aspectos Psicopatológicos da Depressão na Terceira Idade	41
4.5 Patologias do Espectro Neurótico	44
4.6 Patologias do Espectro Psicótico	46
4.7 A Institucionalização do Idoso	48
4.7.1 Morbilidade psiquiátrica nas instituições.	48
4.7.2 Sintomatologia mais frequente nos idosos institucionalizados.	49
4.7.3 Psicoterapia na terceira idade.	50

5. Enquadramento Teórico dos Casos Clínicos	56
5.1 A Depressão Major	56
5.2 A Doença Oncológica no Idoso	61
6. Actividades desenvolvidas pela estagiaria no Serviço de Psicologia.....	66
a) Trabalho Indirecto	66
i. Avaliação Psicológicas	66
ii. Reabilitação cognitiva de utentes em Unidade de Memória.	71
b) Trabalho Directo.....	75
i. Acompanhamento individual de Casos de Reabilitação Cognitiva.....	75
6.1 Estudo de caso de Reabilitação Cognitiva (G.C)	77
6.2 Dinamização de Reuniões de Grupo Psicopedagógicos.....	80
6.3 O Grupo Psicopedagógico (GPPI).....	80
6.4 O Grupo Psicopedagógico (GPP II)	83
6.5 Participação em reuniões de Grupo Psico – Educativos para famílias (GPF).....	84
7. Apresentação Clínica de estudo de Caso de acompanhamento	86
7.1 Estudo de caso I (D.T).....	86
Sessão de Avaliação Neuropsicológica.	90
Plano Terapêutica.	93
7.2 Estudo de caso II (I.V).....	110
8 Reflexão Final/conclusão	120
9 Referências bibliográficas e bibliografia.....	124
Anexos.....	129
Anexo A - Tabela 1 - Direitos e Deveres das Utes assistidas.....	130

Anexo B – <i>Testes e escalas para avaliação Psicológica</i>	131
Anexo C - <i>Alzheimer Disease Assement Scale (ADAS)</i>	132
Anexo D - <i>Tabela 4 - Programa Informatizado de Reabilitação Cognitiva</i> <i>Rehacom</i>	133
Anexo E – <i>Avaliações e folhas de registo de estimulação cognitiva de G.C</i>	134
Anexo F – <i>Planificação e Registos das sessões de GPPI, II</i>	135
Anexo G – <i>Tema e Registo de uma Apresentação das sessões de GPF</i>	136
Anexo H – <i>Avaliações e Registos das sessões de acompanhamento D.T</i>	137
Anexo I - <i>Tabela 6 – Teste do Protocolo de Rorschach da D.T</i>	138
Anexo J – <i>Avaliações e folhas de Registos das sessões de acompanhamento I.V</i>	139
Anexo K – <i>Avaliação da Psicóloga Orientadora de Estágio</i>	140
Anexo L – <i>Folhas de Registo de Presenças no local de estágio</i>	141

Índice de Figura

Figura 1 – Organigrama do Centro.....	13
---------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Direitos e Deveres das Utentes assistidas	12
Tabela 2 – Plano de Estágio	14
Tabela 3 - Plano da Intervenção no Serviço de Psicologia no Centro Psicogeriátrico...	66
Tabela 4 - Programa Informatizado de Reabilitação Cognitiva <i>Rehacom</i>	75
Tabela 5 - Evolução das provas do programa Cognitiva aplicadas a G.C	79
Tabela 6 - Teste de Protocolo de <i>Rorschach</i>	92

Introdução

O estágio clínico consiste no culminar de um processo de formação base, consistindo num primeiro contacto com o contexto profissional, pelo que nesta etapa espera-se que, os conhecimentos adquiridos no decorrer do percurso académico, sejam aplicados no contexto real, contemplando todas as vicissitudes que os contextos profissionais possam apresentar.

Deste modo, o relatório de estágio torna-se um instrumento fundamental para a promoção da reflexão das práticas, assim como para dar visibilidade das actividades desenvolvidas.

Posto isto, constata-se que o estágio académico é essencial para o desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício da psicologia, pelo que o momento em que é escolhido o local do estágio é de facto importante.

Assim, optei pela psicogeriatrica por vários motivos, por se tratar de uma faixa etária com a qual me agrada intervir, na medida em que considero que o geronte é um ser humano que já possui uma vasta experiência de vida, sendo um privilégio intervir com pessoas que têm uma história de vida tão rica. Para além disso, a população portuguesa tende a envelhecer, pelo que é essencial investir numa perspectiva de promoção do envelhecimento saudável.

Nesta perspectiva, a psicologia assume um papel fundamental, podendo a sua intervenção promover um envelhecimento saudável ou na presença de eventuais patologias poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida

Desde há muitos séculos, no interior das famílias chinesas, os seus membros deviam obediência ao homem mais velho da casa. A chegada à velhice era comemorada com grandes festas e rituais, em celebração da maturidade e da sabedoria alcançadas (Achenbaum, 2005). Ainda hoje na china, os mais idosos são vistos como os mais

sábios, aos quais o respeito é irrefutavelmente devido. Infelizmente, na nossa sociedade, os idosos não são encarados desta forma. São muitas vezes vistos como doentes, inúteis, retrógrados e aborrecidos.

Tais concepções nem deveriam existir, se pensarmos que as mais recentes projecções demográficas apontam para que, em 2050, os indivíduos com mais de 60 anos representarão mais de 20% da população mundial (CEDRU, 2008)

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística – INE, entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%, por seu lado, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos tende a crescer, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população. Em 2050 estima-se que esta proporção suba para 15,6%. Importa ainda mencionar que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Face ao exposto, o presente relatório tem como principal objectivo:

- Dar a conhecer as actividades desenvolvidas no decorrer do estágio académico
- Desenvolver dois estudos de caso de acompanhamento e um estudo de caso de *RehaCom*;
- Reflectir sobre as práticas

2. Caracterização da Instituição

O Centro Psicogeriátrico de N.^a Sr.^a de Fátima (CPNSF) pertence ao Instituto da Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, o seu principal objectivo é o de prestar cuidados holísticos a pessoas idosas do sexo feminino, no âmbito da psicogeriatría.

Nesta sequência, importa salientar que a gerontologia remete para a ciência geral sobre os idosos, por sua vez a gerontologia psicológica pode ser designada por psicogerontologia (Barros de Oliveira, 2010). Posto isto, “a gerontologia estuda o processo de envelhecimento do ponto de vista físico, psíquico e social, em ordem a um maior bem-estar dos idosos, enquanto a geriatria trata dos idosos com patologias” (Barros de Oliveira, 2010), assim há uma distinção concreta relativamente aos conceitos de “psicogerontologia” e “psicogeriatría”.

Trata-se de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), tem acordos com as entidades que se seguem: ADSE, ADMA, GNR, PT, CGD, ADMFA, OGMA, M. Justiça, ADME, CTT, PSP, SAMS e Médis. Localiza-se na Vila de Parede, que pertence ao Concelho de Cascais, Distrito de Lisboa

Originalmente a casa foi fundada como Hospital Ortopédico Infantil em 1948, mais tarde em 1985 foi reestruturado em Centro Psicogeriátrico N.^a Sr.^a de Fátima.

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada em 1881 por Bento Menni, sacerdote da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e por Maria Josefa Recio, em Espanha, vocacionada para cuidar de pessoas do sexo feminino, com doença mental, deficiências físicas e psíquicas, preferencialmente carenciadas. A fundação desta congregação tornou-se eminente na sequência de na época se assistir ao abandono e exclusão social das pessoas com doença mental. Deste modo, a congregação tem como missão acolher, dar assistência e prestar cuidados de

saúde especializados e humanizados a pessoas com doença mental, deficiências físicas e psíquicas e a pessoas com outras patologias.

O que caracteriza esta congregação é a Hospitalidade, por sua vez o cerne da sua espiritualidade é o “Cristo compassivo e misericordioso do Evangelho”. A obra Hospitaleira já se desenvolveu em 24 países da Europa, América, Ásia e África.

A palavra – guia da missão deste Projecto Hospitaleiro é *Hospitalidade*, a qual poderá ser entendida como sinónimo de serviço ao próximo, compaixão, humanidade, criatividade, solidariedade, caridade e qualidade na saúde integral dos mais desfavorecidos.

No que concerne às infra-estruturas do centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima, na Parede, este é constituído por dois edifícios. O mais antigo possui 4 pisos e comporta a própria instituição, os quais serão de seguida especificados:

- R/C:
 - Recepção; Secretaria; Sala de Reuniões (2); Gabinete de Psicologia; Capela; WC dos funcionários; Elevador (2); Lavandaria; Farmácia; Cozinha; Jardim; Sala de costura; Vestiários dos funcionários; Sala-de-estar; Átrio interior;
- 1º Andar:
 - Sala de Refeições; Gabinete de Serviço Social; Gabinete Médico; Sala-de-estar (2); WC para utentes (3); Bar; Esplanada; Quartos e Enfermarias; Unidade de Curto Internamento; Sala de trabalho de Enfermagem; Gabinete de voluntariado; Elevador (2); Copa;

- 2º Andar:
 - Elevador (2); Quartos e Enfermarias; Sala-de-estar (2);
 - Gabinete de serviço Pastoral da Saúde; Gabinete da Direcção; WC (2); Copa;
- 3º Andar:
 - Sala de Terapia Ocupacional; Ginásio de Fisioterapia; WC (2); Sala de Reiki; Elevador (1).

O outro edifício construído recentemente, constitui a residência da comunidade das Imãs Hospitaleiras. A zona circundante ao Centro é agradável e sadia, pois é constituída por um vasto jardim repleto de arvores e flores, com um alpendre estrategicamente colocado em frente ao mesmo e do qual muitas utentes usufruem com claro agrado. Este contacto com a natureza prolonga-se no interior do Centro, com a presença de inúmeros espaços com plantas e pequenos jardins internos.

Os objectivos do centro psicogeriatrico.

O Centro Psicogeriatrico, enquanto instituição de cuidados no âmbito da psicogeriatrica, apresenta um conjunto de três grandes objectivos bem delineados:

1. Promover uma vida saudável numa vertente biopsicosocial através de projectos inovadores;
2. Personalizar e humanizar a atitude assistencial;
3. Atenuar os efeitos negativos da doença mental sobre a pessoa idosa através de intervenções avaliativas e reabilitadoras.

As condições de admissão no Centro Psicogeriátrico

Podem ser recebidas no Centro idosas provenientes de qualquer zona do nosso país, continental ou ilhas, desde que preencham os seguintes critérios de admissão:

- Ser pessoa idosa do sexo feminino; Com 65 anos;
- Ser portadora de doenças mental e ou doenças Psíquica.

Para cada Utente é traçado um plano de intervenção clínico – terapêutico concretizado por uma equipa multidisciplinar fortemente especializada em cuidados geriátricos.

Face ao exposto, o Centro oferece serviços assistenciais de várias áreas, tais como: psicologia, intervenção médica (psiquiatria, fisiatria e clínica geral), cuidados de enfermagem, serviço social, fisioterapia, terapia de reiki e terapia ocupacional. Presta ainda serviços religiosos (Pastoral da Saúde, Capelania) e Voluntariado. Quanto aos serviços sócioterapêuticos possuiu: serviço de bar, salão de cabeleireiro, ginásio, salas de convívio, sala de terapia ocupacional, salas de reuniões, bibliotecas técnicas e do utente e gabinetes de atendimento. Os serviços Gerais contemplam: cozinha, costura e lavandaria.

Posto isto, as utentes podem permanecer no centro em regime de longo internamento, curto internamento e de Unidade de dia.

Nesta sequência, em regime de curto internamento o Centro dispõe de quatro vagas, cuja duração do internamento pode variar de um a três meses, com o intuito de poder proporcionar o alívio da pessoa cuidadora ou para reabilitação. Quanto ao regime de longo internamento estão disponíveis 81 vagas, distribuídas por duas unidades de internamento.

Caracterização da População Utente do Centro

Neste momento, a população utente do Centro Psicogeriátrico é constituída por 85 senhoras com idades que variam entre os 65 e os 102 anos. Juntam-se ainda a estas utentes mais 4 senhoras que se encontram em regime de centro de dia.

As Utentes do Centro são maioritariamente viúvas. Contudo, recebem as visitas regulares dos seus familiares – nomeadamente filhos, netos, irmãos, genros e noras, saindo muitas vezes do Centro na companhia destes. Algumas utentes são casadas e seus esposos também as visitam com regularidade. Infelizmente, por maiores que sejam os esforços dos profissionais do Centro em fomentar a ligação das utentes com a sua família, a verdade é que algumas não têm visitas, pelo que para a família hospedeira é a única que conhecem.

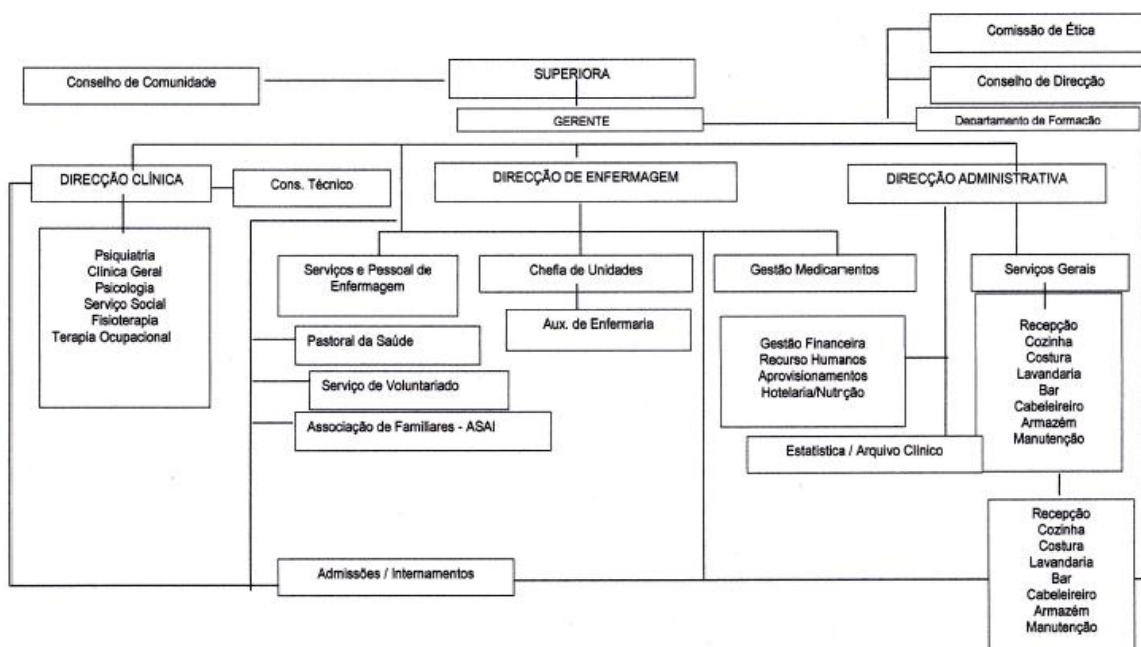
Verifica-se que a situação sócio – económica das utentes é muito variada. Existem senhoras com uma situação financeira precária assim como outras cujas vida profissional/pessoal lhes proporcionou uma melhor condição financeira.

Relativamente ao nível de escolaridade, existem utentes que apresentam formação académica de nível superior, enquanto outras possuem um nível de escolaridade básico (ensino primário) ou são iletradas.

Quanto às patologias, prevalecem os quadros demenciais, seguindo-se os casos de patologia neurótica e depressão, assim como psicoses, distúrbios de personalidade e debilidade.

Importa mencionar que os utentes ao permanecerem nesta instituição usufruem de determinados direitos, mas também têm deveres, que são rigorosamente cumpridos na Tabela 1 em anexo A.

O Centro dispõe ainda de um vasto conjunto de profissionais que integram uma unidade multidisciplinar, cuja organização está ilustrada no organigrama que se segue na figura 1:



Serviço de Psicologia

O *Serviço de Psicologia* do Centro Psicogeriátrico dinamiza um grande número de acções, mais ou menos terapêuticas, diversificando-se do que se pode encontrar face a um simples lar da 3ª idade.

Este serviço tem sido desde de sempre coordenada pela Mestre Paula Agostinho (Psicóloga Clínica e Mestre em Psicossomática) os programas que tem vindo a desenvolver e a integrar, nomeadamente são: Diagnóstico e avaliação psicológica; Intervenção psicoterapêutica; Consulta externa de psicologia; Grupos psicopedagógicos Unidade de Memória (Reabilitação cognitiva - Programa *RehaCom*); Coordenação do Departamento de Formação; Membro de Comissão de ética; Desenvolve Grupos Psicoeducativos para Familiares; Orientadora Estágios académicos: Participação em Reuniões ATL com fim ao desenvolvimento de projectos vários e responsável pela investigação no Centro.

3. Plano de Estágio

No presente trabalho serão apresentados as actividades que desenvolvi no decorrer do estágio, tendo sempre em mente os objectivos definidos previamente.

No meu entender a definição de objectivos é fundamental para que o aluno possa usufruir o mais possível das experiências de aprendizagem que o estágio clínico oferece. Deste modo, a Tabela 2 contém o Plano de estágio, onde são descritos os objectivos que foram definidos para o estágio, assim como as respectivas actividades que me propus desenvolver.

Tabela 2 - Plano de Estágio

Objectivos	Actividades a Desenvolver
1. Integrar-me na instituição.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento das pessoas que integram a equipa multidisciplinar; • Leitura de documentos relativos à caracterização do Centro; • Visita guiada pela Psicóloga Orientadora às instalações do Centro.
2. Adquirir conhecimentos teóricos relativos à intervenção psicológica com pessoas seniores.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de literatura pertinente e actual relativa a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Psicologia clínica; ○ Entrevista clínica; ○ Processo de envelhecimento; ○ Psicopatologia da pessoa sénior; ○ Metodologia de avaliação psicológica.
3. Acompanhar cinco pessoas na reabilitação cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura dos manuais de utilização do programa; • Pesquisa de literatura relativa ao programa de estimulação cognitiva; Observação de sessões de REHACOM dirigidas pela Psicóloga Orientadora; • Monitorização de funções cognitivas através da aplicação de provas de avaliação como: MMSE, CDT e ADAS, com uma frequência bimensal; • Aplicação semanal de provas do programa REHACOM a cada uma das cinco utentes acompanhadas (duração da sessão aproximadamente de 30 minutos); • Registo por escrito de cada uma das sessões realizadas.
4. Acompanhamento de casos clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em sessões dirigidas pela Psicóloga Orientadora (com o devido consentimento das utentes); • Realização de sessões semanais a cada uma das utentes acompanhadas; Leitura de bibliografia pertinente para o acompanhamento dos casos; • Aplicação de testes psicológicos, quando necessário. • Registo por escrito de cada uma das sessões realizadas.
5. Participar na intervenção com os Grupos Psicopedagógicos (GPPI e GPPII).	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em sessões dirigidas pela Psicóloga Orientadora; • Planificação de actividades para as sessões semanais do GPPI; Leitura de bibliografia relativa à intervenção com grupos; • Realização de sessões semanais com o GPP I; • Actualização da caracterização dos participantes que integram o GPP I.
6. Grupos Psico- Educativos para Família (GPF)	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em sessões dirigidas pela Psicóloga Orientadora sobre um tema no âmbito da psicogeriatrica • Planificação de tema para as sessões do GPF; Leitura de bibliografia relativa à intervenção com grupo GPF

4. Enquadramento Teórico

4.1 A Velhice

Apesar de a velhice ser um destino biológico do homem, ela é vivida de forma variável consoante o contexto social em que se inscreve, mas não necessariamente pela doença. A velhice surge como uma construção social, inscrita numa conjunturalidade histórica (Belsky, 1999).

As diferentes representações da velhice só podem ser compreendidas quando contextualizadas pela ideologia da época em que são produzidas, não existe uma definição universal de velhice, havendo necessidade de procura na organização social e nos valores do grupo considerando o sentido operativo do conceito socialmente construído. Surge, assim, uma variabilidade cultural e histórica do valor adstrito à velhice e das posições socialmente reconhecidas aos velhos (Fonseca, 2005).

Segundo Fernández-Ballesteros (2003), existem várias investigações e estudos de campo sobre a velhice, desde um ponto de vista antropológico através dos quais se demonstrou existir uma diversidade de papéis que as pessoas de idades avançadas exerceram ao longo da história e através de diferentes culturas. Assim, desde a antiguidade, que o idoso é alvo de atenções, que variam desde a sua grande importância até ao seu abandono total ou parcial; desde conselheiro, detentor de um papel primário na sua sociedade, ao “obstáculo” em que se torna, findo o período de actividade produtiva (Nazareth, 1999).

Em muitas sociedades primitivas, os idosos assumiram papéis importantes, sendo considerados como portadores de conhecimento e experiencia, isto é, transmissores de tradição e de cultura. Em todas estas sociedades, os membros sobreviventes ao longo dos anos, chamados “velhos”, ao levar consigo algo como um “base de dados” sobre a comunidade, ostentavam posições de poder. Assim, o facto de

que o idoso pudesse ter algum tipo de disfunção motora ou sensorial não implicava que não pudesse exercer a tão importante missão de ser transmissor da tradição ou social do grupo, assumindo o papel de conselheiro ou mesmo de líder político ou religioso. Tratava-se pois, de considerar os aspectos positivos da pessoa, a sua experiência, o seu conhecimento, e pô-los ao serviço da comunidade (Fernández-Ballesteros, 2003).

Conforme Aiken (1995), na cultura chinesa, a apelidada “Grande Idade”, estava relacionada com o respeito e a deferência com que os idosos eram tratados. Entre os Egípcios, os idosos eram protegidos e honrados pelos seus filhos, que eram obrigados a cuidar dos pais idosos quando estes deixavam de ter possibilidades de subsistir por si próprios.

Beauvoir (1970, citado por Aiken, 1995) no seu trabalho sobre a velhice, elabora uma hipótese explicativa sobre a variabilidade dos seus estatutos, associando-a aos processos de desenvolvimento sócio-económico das sociedades. No caso particular das sociedades nómadas, com uma economia de subsistência, existe uma importante relação entre o sistema económico e a posição social dos velhos. Nestas sociedades, a velocidade, a força e a agilidade, constituem condições críticas para a sobrevivência, sendo a sabedoria muito menos valorizada; por esta razão, o prestígio dos idosos, consistente com as suas contribuições para a sobrevivência do grupo, fica comprometido (Pereira, 1993).

Em sociedades agrícolas que dependiam, em maior medida, do conhecimento e dos conselhos da pessoa idosa, prestigiava-se e respeitava-se a idade avançada dos indivíduos (Aiken, 1995). Em sociedade de “cultura oral”, os indivíduos mais idosos aparecem frequentemente representados como os legítimos depositários de numerosos saberes, cuja transmissão assegura a continuidade da sociedade (Pereira, 1993).

Ao longo da história ocidental, a velhice foi delimitada e entendida de diversos modos, de acordo com distintas concepções da existência e diferentes formas de organização social. Pereira (1993, citado por Aiken, 1995) propôs-se estudar a condição dos velhos através de várias épocas históricas, recorrendo à mitologia, à literatura e à iconografia (Belsky, 1999).

Na Grécia Antiga, o velho surge como o depositário máximo da sabedoria. O tempo vivido é visto em termos de acumulação de conhecimentos sobre a existência terrena e a natureza humana, por este motivo, encontra-se próximo dos deuses e detém poderes políticos sobre a cidade e os cidadãos (Pereira, 1993).

No tempo da oligarquia Romana (até ao séc. II a.C.), o poder político centrado no senado pertencia aos anciãos. No entanto, com a decadência da oligarquia, os privilégios dos velhos diminuem, uma vez que cai o poder do senado e a sociedade dá primazia ao poder militar, na posse dos jovens, com meio de transformação social (Robert, 1995).

Pereira (1993) refere que é em sociedade onde há estabilidade social que os velhos surgem como detentores do poder política supremo.

De acordo com Pereira (1993), na idade Media, considerava-se o tempo como causa de declínio e desprezava-se a decadência humana. A predominância de uma ideologia da exaltação da juventude parece resultar na negativização do olhar sobre a velhice. As personagens heróicas da época caracterizavam-se nos guerreiros e cavaleiros, cheios de força e vigor, que davam a vida pela honra, pátria e religião e no Renascimento, tal como na Idade Media, a velhice surge como oposição à juventude, exaltando-se a beleza do corpo que se opõe à decadência física “velho”.

Nas sociedades industrializadas, no contexto de uma lógica maximizadora, os velhos são caracterizados pela ausência de produtividade e de consumo e a velhice

surge, então, como um problema social. Deste modo, a partir do século XIX, começam a surgir novas instituições, desde os asilos e hospitais até às universidades da terceira idade, criadas para incorporar os velhos na sociedade. O isolamento dos velhos é, assim, institucionalizado e a velhice passa a ser encarada como uma espécie de doença social (Fonseca, 2005).

A velhice encontra-se, então, na sociedade contemporânea, frequentemente associada à ideia de inutilidade e de uma consequente perda de prestígio social (Berger, 1995). Assiste-se, frequentemente, a uma constante exposição dos idosos a um conjunto de crenças e de atitudes negativas e discriminatórias, que são fruto da cultura e da sociedade onde encontram inseridos (Aiken, 1995).

A imagem da velhice é abalada por uma série de crenças e estereótipos que a relacionam com uma infinidade de deficits, deteriorações e perdas físicas, psicológicas e sociais (Fernández-Ballesteros, 2003). Estas concepções por outro lado reduzem as pessoas idosas a um grupo homogêneo, limitando e definido por um conjunto de atributos que, no seu conjunto, permitem a construção de uma imagem negativa da velhice, interiorizada pelos próprios idosos e mantidas ao longo das gerações (Robert, 1995).

Segundo Fonseca (1999), estas crenças erróneas e atitudes negativas têm um efeito nefasto sobre a auto-estima e o auto-conceito das pessoas idosas. Por outro lado, tal como refere Fernández-Ballesteros (2003), estas crenças influenciam, ou inclusive determinam, as expectativas que os cidadãos em geral possuem em torno da velhice. Nesta perspectiva, a imagem que as pessoas idosas têm de si mesma é influenciada não só por variáveis pessoais ou biológicas (o seu próprio estado de saúde, e a sua aparência, entre outras), mas também pelas normas sociais existentes nas sociedades onde estão inseridas.

Uma revisão dos estereótipos negativos que, actualmente, existem sobre as pessoas idosas e sobre a velhice, assim como da evolução dos papéis sociais que os idosos desempenharam, realça a necessidade de se realizar um esforço multidisciplinar com vista a uma mudança de atitudes para que se modifique a situação actual. A promoção de programas de intervenção, com o intuito de modificar as atitudes e expectativas sociais sobre a velhice, são absolutamente necessários se pretende lograr um óptimo desenvolvimento do indivíduo humano ao longo de toda a sua vida, pois o idoso, e de facto assim acontece em muitos sujeitos, é também um ser produtivo, competente e saudável (Fernández-Ballesteros, 2003).

4.2 Dimensão do Envelhecimento

O envelhecimento é caracterizado por um processo universal e irreversível, iniciado no momento do nosso nascimento e que se traduz por alterações várias e complexas, que se acentuam em determinada altura do trajecto humano. Embora universal, é importante reter que o envelhecimento acontece indiossincraticamente, isto é, nem todos envelhecemos da mesma forma e ao mesmo ritmo e cada um fá-lo a tempos diferentes. O processo envelhecimento está inserido na evolução biológica dos organismos vivos, que engloba em si o desenvolvimento biológico, social e psicológico (Figueiredo, 2007), sendo que determina a natureza e rapidez do processo de envelhecimento (Aiken, 1989, citado por Costa, 2003). Perante um processo deste género é necessário que as pessoas possuam uma plasticidade constante, uma vez que as mudanças são inevitáveis.

A grande maioria dos cientistas está de acordo em definir o envelhecimento ou senescência como sendo a *“acumulação de modificações desfavoráveis que diminuem a capacidade do organismo no desempenho de várias funções especializadas,*

aumentando as suas probabilidades de morte. Parece razoável concluir que o envelhecimento programada nos genes de cada espécie ” (Beach, 1991).

Como fase da existência humana, o envelhecimento caracteriza-se por grandes mudanças nos planos físicos, psíquico e social, de origem interna ou externa, naturais e esperadas umas, repentinas e imprevisíveis outras, que se reflectem não só no comportamento, como também na experiência subjectiva da pessoa que envelhece (Barreto, 1988). De facto, importa ter presente que uma abordagem sobre o envelhecimento deverá integrar estas três dimensões, relacionadas não só com os aspectos físicos, como também com os psicológicos e os sociais (Figueiredo, 2007).

À medida que envelhecemos, tendermos a preocupar-nos mais com o funcionamento do nosso corpo, notamos cada diferença ocorrida na nossa aparência física e pomos, frequentemente, em dúvida as nossas capacidades. A aparência externa do nosso corpo revela o processo do nosso envelhecimento, a perda ou o embranquecimento do cabelo e as alterações da pele são particularmente visíveis e encontram-se bem patentes para os outros (Figueiredo, 2007).

A condição física e a nossa preocupação com ela constituem um tópico vital em qualquer estudo da psicologia da vida das pessoas idosas. Nas sociedades industrializadas surge o apelo ao conservar da forma, que aparece como sinónimo de conservar o aspecto jovem (Fonseca & Paúl, 1999).

As mudanças físicas constituem, então, um aspecto preponderante para o ser humano. São alterações que contribuem, fortemente, para as condições de isolamento a que o idoso, muitas vezes, se remete ou é remetido, pela dificuldade em aceitar a sua nova imagem corporal, ou seja, a sua entrada numa nova etapa da vida (Aiken, 1995).

4.2.1 O envelhecimento no feminino.

Nos países considerados desenvolvidos, a presença das mulheres é inequivocamente superior à dos homens devido à elevada esperança de vida das primeiras (*World Health Organization*, 2003; Lehmann, 2003). Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (Goncalves & Carrilho, 2007), o índice de envelhecimento compreende um rácio de 132 mulheres e 90 homens. Tal facto é compreensível se considerarmos que, no ano de 2008, as mulheres portuguesas apresentavam uma esperança de vida à nascença de 83 anos, constatando com os 76 anos de esperança de vida à nascença da população masculina (*World Health Organization*, 2003).

Não se pense, contudo, que o facto da esperança de vida das mulheres ser superior à dos homens está associada a um envelhecimento saudável, sem a presença de incapacidades. De acordo com os dados da Organização Mundial Saúde (*World Health Organization*, 2010), no ano de 2007 a expectativa de vida saudável para as mulheres portuguesas era de 73 anos e para os homens somente 69, tais dados, ao serem comparados com esperança de vida à nascença acima descritos, demonstram que embora as mulheres vivam mais anos que os homens, uma porção desses anos é vivida “na sombra da incapacidade e da doença” (*World Health Organization*, 2003).

Sousa, Galante e Figueiredo (2003) advogam, assim, que a acentuada incapacidade funcional das mulheres aumenta com o aumento de esperança de vida, as mulheres idosas reportam maior tendência para relatar a terceiros o desconforto físico que sentem, o qual interpretam como sistema de incapacidade funcional (Morala-Dimaandal, 2009).

Sabe-se que 75% dos cuidadores informais são mulheres, nomeadamente idosas cuidadores de cônjuges doentes, as quais apresentam risco de declínio ao nível do

funcionamento cognitivo, comparativamente com idosas não-cuidadoras, relatando a presença de sintomatologia depressiva/ansiosa associada a elevados níveis de stress (Smith, 2007; Lehmann, 2003).

As mulheres idosas apresentam ainda maior probabilidade de experienciarem situações de perda, nomeadamente do cônjuge (Smith, 2007). A viuvez constitui, assim, um dos principais motivos que conduzem ao aumento da vulnerabilidade para a solidão em mulheres idosas, comparativamente com os homens idosos (Beal, 2006).

4.2.2 Aspecto Demográfico do Envelhecimento

Divisão etária.

Considera-se adulto aquele que atingiu os 18/20 anos, distinguindo-se várias fases: jovem adulto entre os (20/40) anos; adulto de meia-idade (entre os 40/60 anos, podendo ir até 65/70 anos), seguindo - se o adulto idoso. De acordo com Levinson e colaboradores (Levinson, 1990; Levinson et. al., 1978), a vida adulta desenvolve-se ao longo de quatro estações: a pré-adulter (*preadulthood*), a adulter jovem (*Early adulthood*), a adulter média (*middle adulthood*) e a adulter tardia (*late adulthood*).

Segundo a OMS, velho é aquele que já completou 65 anos. Mas nos países em vias de desenvolvimento ou subdesenvolvidos poderia bem ser os 60 ou ainda menos, devido à média de vida ser mais baixa. Do mesmo modo, nos países mais desenvolvidos, graças ao apoio da medicina, da higiene e de outros factores, em vez dos 65 anos poderia considerar-se os 70 ou 75 anos como passagem à velhice, em relação com a média de esperança de vida.

4.2.3 Aspecto biológico do envelhecimento.

Segundo a definição de Zarit e Birren (1985, citado por Figueiredo, 2007), o envelhecimento biológico, é o processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais, ou seja, é um processo normal de deterioração biológica que aumenta a vulnerabilidade do sujeito face à doença e à morte.

De acordo com o Figueiredo (2007), as principais características do processo de senescência são:

- Aumento da mortalidade, uma vez ultrapassada na fase de maturidade;
- Modificações na composição química do organismo
- Transformações progressivas que conduzem à deterioração morfológica e funcional
- Menor capacidade de resposta, a todos os níveis biológicos, perante as agressões e exigências ambientais
- Aumento da vulnerabilidade a doença

É mais ou menos por volta dos quarentas anos que surgem, mais acentuadamente, as primeiras modificações funcionais e/ou estruturais resultantes do envelhecimento, que continuam até à morte (Figueiredo (2007).

4.2.4 Aspecto psicológico do envelhecimento

Os indivíduos idosos com perturbação mental constituem um subgrupo considerável da população na terceira idade, visto que pelo menos 12% dos adultos possuem perturbações mentais diagnosticáveis (La Rue & Spar, 2005). A prevalência de perturbações mentais atribui às seguintes patologias uma ordem crescente de

supremacia: perturbações de personalidade, somatização, perturbações de ansiedade, humor (principalmente depressão), esquizofrénicas, dependência de álcool e défices cognitivos com a maior incidência. Muitos idosos sem perturbações mentais graves, experimentam reacções de adaptação ao *stress*, ao luto, a situações dolorosas e alterações de vigília-sono.

Inerente ao processo de envelhecimento e concomitantes às alterações físicas anteriores referidas, ocorrem, também, alterações psicológicas ao nível dos aspectos cognitivos e da personalidade (Costa, 2003).

Ao nível do funcionamento cognitivo, o processo de envelhecimento integra um conjunto de alterações. As competências intelectuais que se relacionam com o processamento, aprendizagem e recuperação de informação nova, solução de problemas e rapidez de resposta, parecem sofrer um declínio à medida que se envelhece; mas em compensação, verifica-se também, um aperfeiçoamento de certas estratégias mentais (Garcia, 1988).

É consensual que a partir de uma certa idade a deterioração mental é algo presente em todos nós, sendo que pode, no máximo, ser controlada e/ou diminuída. Existe um grupo de sujeitos que se encontram em maior risco de sofrer deterioração mental, são eles: sujeitos portadores de doenças cerebrovasculares, sujeitos inactivos, com pouco contacto social, sem tarefas definidas ou tomadas de decisão (Figueiredo, 2007).

Apesar disto, os idosos com maior nível de escolaridade, que desenvolveram actividades mais diferenciadas ou mesmos aqueles que possuem maior capital económico, são os que vão ver as capacidades cognitivas menos efectuadas. Segundo Barreto (1988), os défices cognitivos estão intrinsecamente relacionados com existência

de doenças adjacentes e com a eminência da morte, do que com a idade cronológica do idoso.

Relativamente ao funcionamento cognitivo, tem-se estudado mais a inteligência, a memória e a aprendizagem. As modificações cognitivas associadas ao envelhecimento normal se situa entre o ligeiro e o moderado e, inclusive, existem áreas em que o desempenho se mantém estável ou melhora (Spar & La Rue, 2005).

É com a entrada na terceira idade que verificamos a imensidão de modificações que ocorrem na vida de um indivíduo, desde o isolamento social e afectivo à mudança do seu estatuto social e deterioração da saúde física e mental. Tudo isto despoleta sentimentos de infelicidade, depressão, baixa auto-estima, revolta, etc., que não permitem que o indivíduo idealize um projecto de vida para esta nova fase. Assim, “o idoso vive socialmente a velhice consoante o ambiente em que se encontra inserido, sentindo-se, ou não, integrado, respeitado, útil e não um fardo para todos os que o rodeiam” (Costa, 2003).

4.2.4.1 Modificações da inteligência.

Entre a década 20 e a década de 50 acreditava-se que a inteligência diminuía com a idade, hoje sabe-se que a inteligência é uma função cognitiva que permanece relativamente estável durante toda a vida, isto é, estudos transversais concluíram que as modificações na inteligência não se devem à idade, mas sim a diferenças geracionais ou de corte (Figueiredo, 2007).

Segundo Cattell e Horn (1967, citado por Figueiredo, 2007), relativamente à inteligência, e se é um facto que permanecem ainda algumas duvidas relativamente ao declínio/ não declínio com a idade, é também verdade que, contrariamente ao que pensa o senso comum, os conhecimentos relativos ao desenvolvimento do adulto não são,

ainda, suficientes para permitir afirmações concludentes relativamente ao facto de haver ou não um declínio considerável da inteligência associado à idade. Com o aumento da idade dá-se um declínio da inteligência fluida (capacidades inatas: capacidade básica de pensar de forma rápida e eficiente e de raciocinar de forma abstracta) e dá-se uma estabilidade ou mesmo aumento da inteligência cristalizada (capacidades mentais que dependem da educação, experiência e aculturação). As capacidades cristalizadas que se mantêm estáveis com a idade são, por exemplo, o vocabulário (competência para definir e utilizar palavras), a informação (aceder a novos conhecimentos de cultura geral) e a compreensão (elaboração de raciocínios práticos e sociais), enquanto que as capacidades fluidas que decrescem (sensivelmente a partir dos 30 anos) estão relacionadas com a atenção, concentração, raciocínio indutivo e tarefas perceptivo - motoras.

De acordo com Willis e Baltes (1980, citado por Barreto, 1988), embora tenha sido demonstrado a existência de factores limitantes relacionados com idade, tais como a lentificação e a dificuldade de processamento controlado da informação, eles não afectam senão moderadamente o rendimento intelectual da pessoa activa, que se socorre de estratégias apropriadas, até pelo menos os 75/75 anos. De facto, como indica Barreto (1988), até cerca dos 75 anos, a eficácia cognitiva depende de factores ligados ao nível socioeconómico, educação prévia e grau de actividade, mais do que do factor idade. Só a partir dos 75 anos, outras variáveis, como o estado de saúde, adquirem importância.

4.2.4.2 Modificações da memória e da aprendizagem.

As falhas mnésicas são as modificações mais fáceis de predizer, relativamente á terceira idade, uma vez que estas fortemente atingem as pessoas nesta fase de vida.

Actualmente, é cientificamente aceite que a capacidade mnésica diminui com a idade, mas não nos podemos esquecer de que este facto é algo inerente ao processo de envelhecimento normal (Figueiredo, 2007); diminui também a velocidade de processamento neural, logo as pessoas mais velhas levam mais tempo para registar e processar a informação (Straub, 2005).

Segundo Agostinho, P (2000) no âmbito da memória, apesar das dificuldades metodológicas das investigações com os idosos, estas parecem sugerir que o declínio da memória a longo prazo não é característico do envelhecimento. É a memória de curto prazo a que apresenta um deficit maior com a idade, situação que é parcialmente justificada pelas maiores dificuldades que os idosos sentem para aprender o material a memorizar, mostrando também ainda, dificuldades de evocação (Barreto, 1988).

Barreto (1988), aponta ainda que apesar das transformações ocorridas, muitas características básicas da personalidade mostram relativa estabilidade ao longo da vida, contribuindo para a constância da imagem pessoal. Efectivamente, segundo este autor, a transformação e a continuidade constituem os dois aspectos complementares da evolução psíquica na vida adulta.

As transformações, demonstram que as pessoas de idade avançada, quando tomadas em conjunto e comparadas com pessoas mais jovens, mostram maior rigidez perceptiva e de pensamento, com maior dificuldade em se adaptarem ao meio; maior intolerância da ambiguidade e, por consequência, tendência ao dogmatismo; maior susceptibilidade a se deixarem influenciar pela pressão social; maior interesse pelos seus próprios problemas, emoções e saúde do que pelo mundo exterior; e atitude mais conformista perante a vida. Estas transformações, em muitos indivíduos, começam a evidenciar-se antes dos 50 anos, mas na maior parte só se manifestam entre os 60 e 70 anos (Birren, 1964, citado por Barreto, 1988).

4.2.4.3 Modificações da personalidade.

As alterações relacionadas com a personalidade incluem, também, limitações impostas pelas transformações biológicas e pela reforma, que podem ser sentidas cognitivamente como uma certa perda de significado social, conduzindo, por vezes, a problemas de distribuição satisfatória do tempo, pelo menos com o carácter utilitário de então. Por outro lado, em parte pela consciencialização destas limitações e também das dificuldades económicas, do estado de dependência da família e da morte do cônjuge ou amigos íntimos, pode aumentar a incidência de sintomas depressivos (Seco & Allen, 1988).

Os idosos tendem a lidar com estas situações através do uso de estratégias de *coping*, centradas na emoção, por oposição a estratégias de resolução dos problemas. Isto despoleta uma passividade e individualidade e orienta para o controlo de sentimentos de sofrimento. O idoso encara as situações como menos susceptíveis de mudança do que os jovens adultos, conduzindo a que estas estratégias de coping sejam grandemente adaptativas na velhice (Costa, 2003).

Na terceira idade, existe uma tendência para a estabilidade da personalidade e para a não ocorrência de alterações da personalidade, contudo, ocorrem alterações ou perdas de funções e papéis. É muito provável que os traços de personalidade variem consoante as diferentes gerações, uma vez que cada uma possui um contexto particular de desafios e exigências (Figueiredo, 2007).

4.2.4.4 O Envelhecimento social.

O envelhecimento social refere-se ao estatuto e papéis sociais, hábitos e expectativas da sociedade relativamente a cada nível etário e efectivamente, a redução

do número e género de contactos sociais, bem como dos papéis desempenhados, constitui uma mudança significativa na vida do indivíduo (Figueiredo, 2007).

A diminuição progressiva de obrigações a cumprir pelo idoso atinge a sua expressão máxima na modificação social mais importante que se opera nesta etapa do desenvolvimento, que consiste no abandono do trabalho remunerado, mais conhecido por reforma, e nas suas subsequentes alterações a nível económico, do próprio auto-conceito e de distribuição satisfatória do tempo (Spar & La Rue, 2005).

A Reforma

De acordo com Figueiredo (2007), com a chegada da reforma chega a perda de um papel social que nos mantém activos e, normalmente, esta chegada marca a entrada na velhice. A reforma trás consigo a perda do poder perante a sociedade e, também, a diminuição dos rendimentos económicos, dos contactos sociais e um aumento do tempo livre. Estas alterações fazem com que a pessoa tenha de reorganizar a sua vida, uma vez que ao entrar na reforma as pessoas tendem a centrar-se mais na família numa busca de mais apoio, amor e amizade. Facilmente, o idoso vê-se confrontado com uma inactividade que não o estimula intelectualmente e nem fisicamente, o que poderá exacerbar mais a deterioração adjacente à idade. Todo este quadro desenvolve, muitas vezes, quadros depressivos e sentimentos de inutilidade que levam à fuga e ao isolamento social (Agostinho, 2000).

A reforma acarreta um sentido de adaptação que nem sempre é fácil, neste sentido, a reforma é acompanhada por um sentimento de vazio, perda e abandono. Por outro lado, ela é almejada por muitos para que se possam realizar outros sonhos e outros projectos (Agostinho, 2000).

Matrimónio e viuvez

A satisfação conjugal está dependente da qualidade de saúde dos idosos e do estabelecimento de uma relação de dependência entre os cônjuges (Figueiredo, 2007).

A morte e a doença são factores que obrigam a uma reestruturação do funcionamento, sendo que o luto provoca, na maior parte das vezes, sentimentos depressivos que tendem a desaparecer no prazo de dois anos. Podem surgir, também, perdas de auto-estima e sentimentos de culpa, no entanto, este aparecimento está dependente do apoio prestado pela rede social do idoso (Figueiredo, 2007).

Participação dos filhos, irmãos, amigos e do grupo de pares

Em comparação com os indivíduos mais jovens, os idosos tendem a possuir redes sociais mais pequenas e contactos interpessoais mais escassos, o que depende muito da sua capacidade para relacionamentos eficazes em anteriores fases de vida e, grandemente, pela dimensão da família nuclear que ainda lhe resta. Nas pessoas com mais de 85 anos, a diminuição da capacidade funcional apresenta-se como o maior obstáculo ao prosseguir de amizades que persistem há muito tempo ou para o iniciar de novos contactos.

Um dos maiores temores da pessoa idosa é tornar-se um fardo para os seus filhos ou netos, contudo esta assistência é preponderante, desde que bem medida, para a manutenção de um “banco de suporte” com que o indivíduo idoso possa contar (La Rue & Spar, 2005).

4.3 As Demências: Deterioração Mental nos Idosos

A demência é derivada do Latim Dementia, forma adquirida de loucura, que se manifesta pela obliteração mais ou menos acentuada das faculdades sensorial e volitiva

do paciente, que revela incoerências de ideias e acções, tornando-se por isso psiquicamente inadaptável à convivência social, e, juridicamente, incapaz de dirigir por si mesmo a sua pessoa e os seus bens (Michaelis, 1998).

Segundo Doron e Parot (2001), termo demência, foi utilizado pela primeira vez no século XIX pelo psiquiatra francês Esquirol, para descrever uma doença associada a alterações estruturais do cérebro.

Classicamente, define-se demência como sendo uma síndrome em que as pessoas perdem capacidades mentais que tinham anteriormente, designadamente, capacidades intelectuais ou cognitivas. Contrariamente ao que é comumente pensado, a demência não é exclusiva da terceira idade, pode surgir em idades muito menos avançadas (Garcia, 1988).

Categoricamente, a demência é uma síndrome em que o indivíduo perde capacidades que outrora já teve, nomeadamente, capacidades mentais (intelectuais e cognitivas), não se restringindo somente à 3ª idade, embora sendo mais prevalente nesta etária (Mac-Kay et. al., 2003). Como causas para uma demência podemos ter diversos factores, defeitos bioquímicos hereditários, doenças bioquímicas adquiridas, carências de vitaminas, perturbações endócrinas, intoxicações medicamentosas, infecções que comprometam o sistema nervoso, doenças cardiovasculares, tumores cerebrais, hematomas intracranianos, etc. Contudo, há demências (como é o caso da doença de Alzheimer e a doença de Parkinson), que não tem uma causa conhecida, sendo doenças degenerativas do sistema nervoso e provocam, como já se disse, a falência de funções como a memória, linguagem, capacidade de abstracção e raciocínio, emoções, afectos, etc. (Mac-Kay et. al., 2003).

No transcorrer das investigações sobre queixas de memória em indivíduos idosos aparentemente normais, muitas nomenclaturas foram usadas tentando

estabelecer-se critérios para o limite entre a normalidade e a doença. Na década de 1990, utilizou-se, para nomear o declínio cognitivo, a expressão declínio cognitivo associado ao envelhecimento (Decae). Assim, foi definido pela Associação de Neuropsiquiatria Internacional como: “declino cognitivo gradual e que está presente pelo menos durante 6 meses, alterando uma das cinco funções cognitivas: memória e aprendizagem; atenção e concentração; pensamento; linguagem; função viso espacial. Esta disfunção deve dificultar as actividades de vida diária e o desempenho em teste neuropsicológico deve ficar abaixo um desvio de padrão da média. Tem de ser levadas em conta variáveis culturais e a idade, sendo que essas anormalidades não devem justificar o diagnóstico de demência e outras causas físicas e psiquiátricas, como depressão, devem ser descartadas” (Ramos & Neto, 2005).

Para o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), decae é definido como “um declínio na função cognitiva objectivamente identificado, consequente ao processo do envelhecimento que está dentro dos limites da normalidade”. De acordo com DSM-IV, para que se encaixe um sujeito na posse de uma demência há critérios que se devem ser preenchidos, a saber: perda de faculdades intelectuais com interferência no funcionamento social ou profissional, defeito de memória, defeito de pensamento abstracto e/ou defeito de crítica e/ou afasia (perturbação da linguagem), apraxia (incapacidade para actos motores intencionais), agnosia (incapacidade na identificação de estímulos) ou defeito de habilidade construtiva e/ou modificações de personalidade e/ou ausência de estado confusional.

Já para o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 1993) é caracterizada como uma perturbação cognitivo leve, nessa ultima definição, o Decae não é um declínio normal do envelhecimento, sendo considerado uma perturbação, talvez predictor de demência.

O CID-10, DSM-IV e NINCDS-ADRDA (National Institute for Communicative Disorders and Stroke – Alzheimers Disease and Related Disorders Association), definem demência como deterioração global da cognição, sendo que o déficit de memória é insuficiente para o diagnóstico e anormalidades cognitivas atrapalham as atividades de vida diária e representam uma alteração no desempenho anterior. De acordo com os critérios do DSM-IV, a demência é caracterizada por uma deterioração de comportamento ou da personalidade e segundo o CID-10 é uma perturbação crónica e progressiva, presente pelo menos durante 6 meses. O NINCDS-ADRDA especifica que o diagnóstico de demência deve ser clínico, comprovada por testes neuropsicológicos e exames laboratoriais e de imagem são úteis para o diagnóstico etiológico da demência.

De acordo com Castro-Caldas e Mendonça (2005), acredita-se, hoje que a demência é um emergente problema da saúde pública, pois é uma das doenças mais comuns no idoso e a maior causa de incapacidade e mortalidade. Com o envelhecimento populacional, assume proporções epidémicas, estando presente em 5% dos indivíduos acima de 65 anos e em 20% dos indivíduos acima de 80 anos. Abaixo dos 60 anos, a prevalência é muito baixa (0,5%) e aumenta muito com o avançar da idade, podendo chegar a mais de 50% na idade muito avançada. Estes dados não deixam dúvidas de que a idade é o factor de risco mais importante para demência

Segundo Bartolomé e Ardila (2005), diversos processos patológicos podem produzir a síndrome demencial. Essas doenças podem ser classificadas em 2 grandes grupos: **demências irreversíveis** (como DA, demência vascular ou DV, demências frontal temporais, demência dos corpúsculos de Lewy e demências subcorticais) e **demências potencialmente reversíveis** (secundárias a um comprometimento do

sistema nervoso central, como condições que afectam esse sistema e se cronificam, e distúrbios psiquiátricos).

A maioria dos estudos de prevalência de demência segundo sua etiologia demonstra que DA é a causa mais frequente, cerca de 50 a 70% do total das demências, acompanhada pela DV, cuja frequência está entre 20 a 30% (Casado, 1995).

Nos indivíduos idosos, as demências mais frequentes são as que se integram no grupo das doenças degenerativas do sistema nervoso, sendo as mais usuais, segundo Garcia (1988).

Doenças de Parkinson

Caracterizam-se por ser uma doença do sistema nervoso de etiologia ainda desconhecida, com início nunca antes dos 40 anos e uma média de aparecimento por volta dos 60 anos. Os sintomas visíveis são geralmente tremores (principalmente nas mãos) e entorpecimento dos actos motores, acompanhados de hipomimia (ausência de expressão facial), curvatura e lentificação no andar e passos miúdos, embora as faculdades intelectuais estejam, normalmente conservadas (Garcia, 1988).

Doença de Huntington

É uma doença menos frequente, tendo causas hereditárias e surge, por volta, dos quarenta ou cinquenta anos. Caracteriza-se por movimentos involuntários, inicialmente na face e mãos que, posteriormente, se alastram a todo o corpo e por alterações de personalidade (desconfiança, irritabilidade, cólera, dependentes de substâncias como o álcool, promiscuidade) e gradualmente irão evoluir dando origem a defeitos na memória e à demência (Garcia, 1988).

Tumores Cerebrais e Hematomas Intracranianos

Os sintomas de alarme face a neoplasias deste tipo são de cabeça e vômitos, ataques epilépticos e paralisia ou, dependendo da localização do tumor, poderá dar origem a deterioração mental. No que confere aos hematomas, estes podem resultar de traumatismos cranianos negligenciados face à sua aparente pouca gravidade (Garcia, 1988).

Doenças Vascular Cerebral

A arteriosclerose cerebral caracteriza-se por uma perda da flexibilidade das artérias e anomalia no seu lume atingido, principalmente nas artérias de maior diâmetro, sendo que só em casos de hipertensão arterial se alastrará às artérias de menos diâmetro. Sendo uma doença praticamente inerente à 3ª idade, a maior actuação que se pode ter é em termos profilácticos, actuando não sobre os sintomas mas sobre os factores de risco, ou seja, o tabaco, a má nutrição, a hipertensão arterial e a diabetes (Garcia, 1988).

Em relação aos sintomas, são frequentes ataques de afasia, crises confusionais, trombozes cerebrais, episódios neuróticos e psicossomáticos, défices de concentração, fadiga, dispneia, terrores nocturnos, perturbações intelectuais e manifestações psicóticas (Fonseca, 1998).

Alcoolismo

Este é um sintoma transversal que advém dos efeitos extremamente nocivos provocados pela ingestão excessiva de álcool, que pode conduzir a situações demenciais. O álcool actua no cérebro directamente como substância tóxica e por intermédio da libertação que provoca de outras substâncias internas que agredem o sistema nervoso, assim como a carência proteica e vitamínica que acompanha o sujeito

alcoólico. A demência provocada pelo alcoolismo é susceptível de remissão se o sujeito suspender o consumo alcoólico (Garcia, 1988).

Hidrocefalia de Pressão Normal

Considera-se hidrocefalia quando o líquido cefalorraquiano, existente no espaço entre as meninges e o crânio, existe numa quantidade superior ao normal. Isto pode acontecer ou devido a uma anomalia de circulação do líquido ou devido a uma atrofia do cérebro. Esta é também, uma doença típica dos idosos que desenvolve demência, dificuldade de motricidade e descontrolo esfinteriano, contudo, esta é uma situação reversível através de intervenção cirúrgica (Garcia, 1988).

A Doença de Alzheimer

Esta é uma demência degenerativa cuja prevalência tem vindo a aumentar de acordo com o aumento da esperança média de vida, variando a taxa de sobrevivência com a doença de 1 a 15 anos, numa média de 7 anos.

Não se conhece uma causa genérica para a doença, visto haver quem considere tratar-se de uma infecção, outros de origem imunológico ou intoxicação e até mesmo um erro genético.

Ao nível de alterações anatómicas, o cérebro encontra-se anormalmente atrofiado para o que seria de esperar face a um envelhecimento normal, acentuando-se nos lobos frontais e regiões temporais, há perda de células nervosas, degenerescência granulo-vascular, substância amilóide e corpo de Hirano (Garcia, 1988). A nível bioquímico, consideram-se variados defeitos de neurotransmissores (responsáveis pelo transporte dos impulsos nervosa), como da acetilcolina, noradrenalina e serotonina,

sendo que a diferencia essencial entre a demência de alzheimer e o envelhecimento normal é que estes défices são quantitativamente superiores.

A progressão da demência de Alzheimer é lenta e podem até ocorrer períodos em que o doente se encontra estacionado ou mesmo haver remissão de sintomas, podendo ser a sua evolução dividida em quatro fases distintas, de acordo com Garcia (1988).

Na perspectiva de Garcia (1988) numa primeira fase “*de esquecimento*” a doença ainda se apresenta tão subtil que praticamente só os pacientes notam as diferenças que ocorrem a nível mnésico, ao se esquecerem de dados quotidianos que outrora não acontecia. Reconhecendo as suas falhas passam a recorrer-se de meios exteriores (como anotações) para recordar eventos e, como se apercebem destas lacunas que outrora não ocorriam, acabam por entrar em estado depressivo. Esta situação é, muito raramente, verificada pelos familiares e amigos, a não ser em casos em que a actividade profissional do doente for tão intelectualmente estimulante que as falhas ocorridas sejam mais notórias.

Numa segunda fase “*de confusão*” a situação agrava-se uma vez que os erros da pessoa se tornam manifestos e as falhas mnésicas são evidentes, ao que se junta falhas de orientação espaço-temporal. Estes acabam por se afastar das suas actividades laborais, ficando em extrema ansiedade e depressão, o que vai acabar por condicionar a vida familiar (Garcia, 1988).

Quando a doença entra numa terceira fase “*de demência*” os doentes começam a efectuar acções disparatadas, com grande desorientação e incapacidade de circularem sozinhos com risco de se perderem. A personalidade modifica-se e, quando confrontados com o diagnóstico e o relato episódico, negam todos os factos que lhes são atribuídos. Perdem o reconhecimento de familiares e amigos e, inclusivamente, deixam

de ter capacidade de manter o discurso, com pobreza lexical e perseverança temática, ecolálias e parafasias. A dependência de terceiros torna-se generalizada, necessitando de auxílio para actividades tão simples como vestir, comer, higiene pessoal e mesmo começar a apresentar descontrolo esfinteriano. Em relação ao temperamento, oscilam entre momentos de grande agitação e cólera, e outros de grande acalmia e docilidade, embora sem expressão facial e com contactos sociais apenas restritos ao mínimo necessário. Surgem ideias delirantes, alucinogenicas e paranoides, o sono é intercotado por episódios confusionais e perdem quase que completamente o sentido ético (com comportamentos sexuais despropositados) e demonstram traços de personalidade até então latentes. É aqui que muitos dos familiares constataam a irreversibilidade da situação e a iminência de uma patologia grave e de afectação não só do próprio mas de toda a dinâmica familiar, com acentuado desânimo e sobrecarga de atenção para os cuidadores (Garcia, 1988).

Numa última fase, “*de estado vegetativo*”, os doentes confinados ao leito já se encontram numa postura de quase mutismo. Necessitam de cuidados paliativos como intubação nasogástrica para serem alimentados e sondas vesicais para a urina. Em geral, devido ao tempo excessivo em decúbito, acabam por falecer por infecções respiratórias.

A doença de Alzheimer é, também, marcada pelo surgimento dos reflexos primitivos, que se encontram na criança, desaparecendo com a maturação do sistema nervoso. Reaparecem devido a lesões encefálicas (Garcia, 1988).

O diagnóstico da doença efectua-se não pela inclusão do doente em determinados parâmetros, mas sim à exclusão da identificação dos sintomas com outros estados demenciais. No que relaciona com a terapêutica, ainda não se descobriu uma forma farmacológica para travar esta doença, os tratamentos existentes actuam, no

sentido, de aliviar os sintomas e, numa última fase da doença, de forma paliativa (Garcia, 1988).

Segundo o NINCDS-ADRDA, o diagnóstico clínico de doença de Alzheimer (DA) segue os seguintes critérios:

Demência estabelecida por exame clínico e documentada por Mini-Mental State Examination (MMSE), escala de demência de Blessed ou outro exame similar, confirmado por testes neuropsicológicos; défice em 2 ou mais áreas da cognição; progressivo comprometimento da memória e de outras funções, sem distúrbio de consciência; início entre 40 e 90 anos de idade, mais frequentemente acima de 65 anos; e ausência de outras perturbações sistémicos ou cerebrais, que poderiam ser causas dos défices de memória e de cognição progressivos.

O diagnóstico provável de DA é corroborado por: deterioração progressiva de funções cognitivas específicas, como afasia, apraxia e agnosia; comprometimento de actividade da vida diária e alterações de comportamento e história familiar de perturbações similares.

Diagnóstico definitivo

Os sintomas iniciais da DA passam quase que invariavelmente despercebidos. Apenas em uma fase menos precoce, quando começa a atrapalhar as actividades da vida diária é que familiares e amigos passam a se dar conta do declínio cognitivo. Nesta fase os familiares podem atribuir o declínio a luto ou perdas físicas, por exemplo, porém esses factos apenas evidenciam o quadro demencial. Também é comum que os parentes minimizem os problemas dos doentes, tomando para si responsabilidades que eram antes atribuídas a estes. Um bom interrogatório com familiares próximos pode esclarecer a verdadeira história.

O curso clínico da DA é variável e geralmente os sintomas precoces, que interferem nas actividades de vida diária, são perda de memória e desorientação temporal espacial. Os processos de aprendizagem e evocação são acometidos precocemente, com comprometimento progressivo. Esse défice pode ser visto em tarefas como apresentação de uma lista de palavras e posterior evocação. Além da memória episódica, sofre declínio a memória semântica, manifestando-se no pior desempenho no teste de fluência verbal por categorias. Em relação à classificação temporal, parece que a memória recente está comprometida em fases iniciais, com preservação da memória remota; porém, com a evolução, o défice torna-se global, acometendo outros tipos de memória.

Os pacientes inicialmente também apresentam alteração de linguagem, como problemas semântica – lexicais, empobrecimento do vocabulário, troca ou esquecimento de palavras. Ainda nas fases iniciais, há dificuldades semânticas – discursivas na interpretação de provérbios e histórias. Com a evolução da doença, pioram essas alterações e surgem alterações fonológicas e sintácticas.

Em relação às habilidades visuais e espaciais, há declínio do julgamento visual e perceptivo; nas fases iniciais os erros em testes neuropsicológicos não são tão grosseiros, aumentando a dificuldade no desempenho desses testes com a evolução da doença. Isso é notado em cópias de desenho, como o desenho do relógio ou de figuras geométricas, com o doente, inicialmente, beneficiando-se de um modelo, com o aumento da gravidade do quadro demencial, aparecem as apraxias ideatória (perda na sequência de actos motores) e ideomotoras (dificuldade em realizar um gesto sob comando).

A percepção dos próprios défices está preservada nas fases iniciais, desaparecendo com a evolução da DA. A mudança da personalidade pode ser um

sintoma precoce, assim como a alteração no julgamento, o que modifica as relações familiares. Outros sintomas não – cognitivo são, por exemplo, distúrbios do humor (depressão), delírios ou alucinações; agressividade, perturbação, desinibição sexual e distúrbios alimentares. Em fases mais avançadas, há problemas em relação à incontinência urinária e fecal, inicialmente secundária à desorientação, já que o indivíduo não consegue chegar à casa de banho a tempo, e posteriormente por causa da desinibição cortical. Na doença de Alzheimer clássica, a disfunção extra piramidal (parkinsonismo e coreia) está ausente e as anormalidades neurológicas, como rigidez, ataxia e disartria, poderão aparecer no final.

A progressão da DA geralmente é lenta e contínua, e a sobrevivência é bastante variável, dependendo da raça e nível socioeconómica.

4.4 Aspectos Psicopatológicos da Depressão na Terceira Idade

Segundo o National Institute on Aging, um em cada seis adultos com 65 anos ou mais sofre de depressão significativa, normalmente, relacionada com o luto ou com situações de demência (Straub, 2005). Deste modo, é possível afirmar que os sujeitos deprimidos afectam, significativamente, aqueles com quem contactam, especialmente, os seus familiares.

A depressão na terceira idade, muitas vezes, não é tratada e/ou passa despercebida devido a vários factores: os sintomas de depressão podem ser “escondidos” por sintomas de outras doenças, pode ser vista como uma consequência do envelhecimento normal ou ainda, porque as pessoas não querem admitir que estão doentes e precisam de ajuda. Tudo isto é negativo e negável, uma vez que a depressão é uma das doenças mentais tratáveis (Straub, 2005).

Contudo, segundo Straub (2005), a depressão pede ser evitada se existir um apoio social positivo, isto é a rede social proporciona uma protecção aos mais velhos, ajudando-os a enfrentar os desafios do envelhecimento.

Quando não tratado a depressão pode causar uma variedade de outras dificuldades como, por exemplo, o aumento do risco de suicídio (Straub, 2005).

Nos idosos, as depressões que surgem mais frequentemente, numa primeira vez, são as involutivas, as endógenas, as vitalizadas, as reactivas, as neuróticas, as de esgotamento e as pré-demenciais. No entanto, há que ter em conta, que ser idoso é por si só gerador de acontecimentos geradores de depressão, tais como a perda de familiares e amigos, a perda do estatuto sócio-profissional, doenças físicas, maior isolamento social, entre outras (Pães de Sousa, 1979). Podemos concluir que, com o aumento da idade, nos sujeitos que tenham propensão para deprimir a existência de traumas psicológicos para desencadear essa situação.

O que caracteriza a depressão na terceira idade são as ideias paranóicas, a agitação, a ansiedade, sendo que o aumento das ideias delirantes de culpa, ruína, enfermidade e perseguição são também compreensíveis nesta idade (Pães de Sousa, 1979).

Paes de Sousa (1979), num estudo seu, indica-nos que a maior percentagem de mulheres deprimidas pode ter varias justificações, entre elas, o facto de os homens falecerem mais cedo do que as mulheres e o um facto de estas não procurarem com tanta abundância cuidados psiquiátricos, consequentemente, são menos diagnosticadas com depressão. O autor acrescenta, ainda, que parece não haver ligação entre o estatuto sócioeconómico e o grau de instrução e a patologia depressiva, nos idosos.

Para Marques e Sousa (1989), existem três factores que são anunciados como sendo importantes do irromper da depressão na terceira idade: factores ambientais, factores genéticos e factores orgânicos.

No que diz respeito aos factores ambientais, sendo considerados como tais todas as situações traumáticas relacionadas com o meio (social, familiar ou profissional), sendo as mais relevantes: falta de convívio social e/ou isolamento; ausência de trabalho com consequente imobilidade; saída dos filhos de casa; morte com cônjuge; desvalorização social e profissional; existência de sentimentos de ser um “fardo” para a família; perdas físicas; mentais e sociais próprias da velhice.

Quanto aos factores genéticos, afirma-se que existem agentes genéticos predisponentes para a existência de depressão em idades mais avançadas e tardias e que as suas manifestações têm vindo a aumentar, de geração em geração. A depressão maior é aquela que é apontada como tendo o peso genético maior.

No que concerne aos factores orgânicos, existe uma grande diversidade de afecções orgânicas que se podem manifestar em sintomas desta natureza, por exemplo, as alterações senis e arterioescleróticas e os acidentes vasculares cerebrais. No entanto, segundo Barreto (1988), a depressão no idoso é do tipo funcional, isto é, não são causa nem consequência de doença degenerativa senil ou cerebrovascular.

A união entre a velhice e a depressão é a forma mais clara de vermos a interacção entre as várias extensões do envelhecimento, sendo que os problemas físicos podem originar problemas psicológicos e sociais, no entanto, factores psicológicos e sociais positivos podem melhorar e até prevenir problemas físicos (Straub, 2005).

4.5 Patologias do Espectro Neurótico

Neurose Histérica

A histeria é a patologia marcada pela teatralidade e exageros, mas para Oulès (1978), esta diminui de importância com o avançar da idade. Nos idosos, estas características não são recebidas como reais histerias, mas sim como formas de cativar aqueles que há muito deixarem de lhes dar atenção e carinho. Outra forma de cativar quem esta ao nosso redor é através de expressão de sintomas psicossomáticos (Oulès, 1978).

São apontadas como doenças psicossomáticas da terceira idade o prurido vulgar e anal, a exacerbação das dores artríticas e a obstipação crónica, sendo que a regressão oral e anal explicam estes fenómenos (Oulès, 1978).

As crises histéricas são bastante frequentes nos idosos, surgindo agregadas à ansiedade e, por vezes, com um aspecto dramático e/ou sintomas hipocondríacos, numa luta constante pela atenção dos que os rodeiam.

Assim, a somatização para além de ser uma manifestação histérica da terceira idade é, também, um mecanismo fortemente utilizado como uma conversão somática de angústia e refúgio afectivo (Oulès, 1978).

Neurose Obsessivo Compulsivo

Só, muito raramente é que este tipo de neurose surge pela primeira vez na velhice, no entanto, quando já esta presente é normal verem-se os sintomas compulsivos (ideias obsidianes, actos indesejáveis, rituais constantes, pensamentos perseverantes, verificações persistentes, etc.) tornarem-se importantes. O envelhecimento por si só não confere um carácter particular as obsessões. Pode-se apenas afirmar que as obsessões menores propendem a acentuar-se com a idade (Oulès, 1978).

Neuroses Fóbicas

Para alguns autores as neuroses fónicas podem surgir na terceira idade, sendo as mais frequentes as neuroses de medo de ir à rua dos armazéns, medo de cair, medo das multidões, etc. Ao possuir estas fobias o idoso rejeita actividades que envolvam esses medos e fobias, levado ao seu isolamento e à somatização dos seus medos, referindo que não realiza as actividades porque, por exemplo, a sua saúde física não permite (Oulès, 1978).

Como causa da aparição destas fobias, podendo considerar a angustia sentida pelo idoso fase a um passado inalterável que se junta a uma depressividade e agressividade que, anteriormente, se encontrava latente (La Rue & Spar, 2005).

Perturbações de Ansiedade

Segundo La Rue e Spar, (2005), estas perturbações mais frequentes nos idosos e são aquelas em que existem dificuldades em diagnosticar correctamente, uma vez que se podem confundir sintomas de ansiedade com perturbação de ansiedade. Estes autores centram-se mais nos aspectos físicos (fadiga exacerbada, agitação, sensação de nervosismo, irritabilidade, dificuldade de concentração, taquicardia, etc.) que resultam desta perturbação do que os aspectos subjectivos.

Existem vários tipos de ansiedade: a *situacional* (concedida por acontecimentos por si só criadores de ansiedade, por exemplo, ir ao dentista); a *adaptativa* (a modificações no ciclo de vida da pessoa, por exemplo, divorcio); a *generalizada* (respeita a todos os aspectos da vida da pessoa); a *fóbica* (medos associados a situações particulares); ligada a *perturbações obsessivo compulsivo* (que já existe na pessoa antes da entrada na terceira idade) e ligada a *perturbações de pânico* (facilmente confundidas

com doenças físicas, enfarte do miocárdio ou acidente isquémico transitório) (La Rue & Spar, 2005).

4.6 Patologias do Espectro Psicótico

Psicoses de Início Tardio

A prevalência da psicose de início tardio é difícil de estimar, todavia, segundo o DSM-IV é possível a existência de psicose na terceira idade, seja esquizofrénica, perturbação delirante, perturbação do humor e psicose induzida por substâncias, também consideram a demência (Alzheimer e Demência Vascular) como “actividade delirante” (La Rue & Spar, 2005).

A apresentação clínica da psicose de início tardio depende do diagnóstico que lhe sejam subjaz. Devido a isto, podem existir variações consoante se trate de uma perturbação do humor com psicose ou de uma demência com psicose (La Rue & Spar, 2005).

Relativamente aos sintomas, consideram-se alucinações, as ideias delirantes e embotamento afectivo, sendo mais frequente no sexo feminino (La Rue & Spar, 2005).

Esquizofrenia

Vários estudos demonstram que a esquizofrenia é uma doença que envolve uma predisposição genética, ao mesmo tempo que necessita de uma activação intrapsíquica e interpessoal. Posto isto, não podemos desprezar a participação de factores extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (psicológicos) para a manifestação da doença numa determinada pessoa (Gabbard, 1998).

Apesar das grandes descobertas destes estudos, nenhum deles reduz o facto inabalável: a esquizofrenia é uma doença que afecta uma pessoa com um perfil

psicológico único, logo, mesmo que os factores genéticos correspondessem a 100% da etiologia da doença, os clínicos ainda se confrontariam com uma pessoa dinamicamente complexo que luta contra uma doença muito perturbadora (Gabbard, 1998).

Segundo Gabbard (1998), os sintomas da doença podem dividir-se em três grupos, uma vez que as manifestações clínicas da esquizofrenia mudam-se rápidas e facilmente. Então, podemos falar de sintomas positivos, sintomas negativos e relacionamentos pessoais desorganizados.

Os sintomas positivos caracterizam-se por alterações no curso e conteúdo do pensamento (delírios bizarros), da percepção (alucinantes sensoriais e delírios persecutórios) e manifestações comportamentais (catatonia, agitação).

Os sintomas negativos incluem embotamento afectivo, pobreza e desorganização do pensamento e do discurso, apatia e anedonia. Doentes em que os sintomas negativos prevaleçam, indicam anomalias na estrutura cerebral.

Os relacionamentos pessoais desordenados tendem a evoluir ao longo do tempo e incluem isolamento social, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitações excessivas e incapacidade de fazer contactos com outras pessoas.

Posto isto, os sintomas negativos da esquizofrenia estão em relação com uma certa vulnerabilidade, tanto do ponto de vista familiar quanto genético. A sintomatologia positiva, esta relacionada com a ruptura precoce e severa com o ambiente familiar (La Rue & Spar, 2005).

Segundo o DSM-IV (1996), a esquizofrenia desenvolve-se, tipicamente, entre o final da adolescência e os meados da terceira década de vida, sendo muito raro o seu aparecimento antes da adolescência. Contudo, a esquizofrenia pode surgir numa fase mais avançada da vida sendo caracterizada pela predominância dos sintomas positivos,

com perseveração do afecto e do funcionamento social. Na terceira idade, o quadro clínico é acompanhado por défices cognitivos e, muitas vezes, os sintomas psicóticos são encobertos pelos pacientes, confundindo-se com crises ansiedade (La Rue & Spar).

4.7 A Institucionalização do Idoso

Segundo Agostinho (2000), nos últimos 20 anos tem-se desenvolvido uma mudança exímia na concepção do cuidado ao idoso. Colocou-se de lado a ideia da Instituição como um asilo e percebeu-se uma vida plena ao idoso, sem limitações. Para tal, surgem factores como tipo de internamento (medido pela frequência e intensidade com que as pessoas contacta com o mundo exterior) e as normas da própria instituição. Contudo, é inevitável que o idoso esteja desligado do meio e estilo de vida que leva anteriormente à institucionalização, vendo-se limitado na sua liberdade, modificando a sua personalidade numa tentativa de adaptação ao seu novo meio (Agostinho 2000).

Disto tudo podem resultar sentimentos de perda de poder (Lieberman & Lakin, 1993 citado por Agostinho, 2000), sentimentos depressivos e situações ansiogénicas (Capila et. al, 1993 citado Por Agostinho, 2000).

Para além destes aspectos, com entrada numa instituição há uma perda da intimidade e do apoio social, por parte dos familiares. Resta ao idoso relacionar-se com outros idosos institucionalizados (Agostinho 2000).

4.7.1 Morbilidade psiquiátrica nas instituições.

Segundo estudos de Vieira e Sousa (1998) e Capila et. al., (1993, citado por Agostinho, 2000), os idosos institucionalizados são mais passíveis de desenvolver doenças psíquicas, sendo a depressão a patologia mais frequente, devido em parte ao facto de a entrada na instituição ser um factor stressante.

De acordo com Carp (1995, citado por Agostinho, 2000), o idoso tende a usar a negação como mecanismo de defesa, de modo, proteger-se contra tudo o que lhe é desagradável, sendo o período prévio à institucionalização muito crítico.

O medo e a incerteza diante o desconhecimento origina grandes tensões. Os dias seguintes ao internamento são também críticos, uma vez que são causadores de grande *stress*, alguns idosos não apresentam depressões graves, mas demonstram sentimentos depressivos indicativos de reacções negativos ao ambiente institucional (Capila et. al, 1993 citado por Agostinho, 2000).

4.7.2 Sintomatologia mais frequente nos idosos institucionalizados.

Como foi anteriormente referido, a depressão apresenta-se como a patologia mais predominante na terceira idade, sendo também a patologia mais negligenciada, segundo Capila et. al (1993, citado por Agostinho, 2000), na medida em a depressão no idoso é considerada normal segundo o processo de envelhecimento.

Quando aos sintomas que têm maior frequência, destacam-se a astenia, a agitação, a quebra de auto-estima e o desinteresse pelas actividades, a disforia e alterações de concentração. As queixas somáticas e as dores difusas ou localizadas são, também, mais frequentes nos sujeitos deprimidos (Agostinho, 2000). Para Capila et. al., (1993 citado por Agostinho, 2000), as depressões em sujeitos institucionalizados surgem acompanhados com défices emocionais, todavia, é muito frequente no idoso sentimentos de solidão e vontade de chorar.

Para Ames (1991, citado por Agostinho, 2000) é o sexo feminino o mais propício ao desenvolvimento de depressões e afirma a existência de uma associação forte entre a depressão e a doença física, um excesso de mortalidade entre os deprimidos e um mau prognóstico para a depressão.

De acordo com Kasl (1972, citado por Agostinho, 2000), os principais agentes que despoletam os efeitos adversos da institucionalização são o aumento da distância física em relação aos amigos, família, grupo de pares e comunidade em geral e a interferência que isso tem na independência, privacidade, segurança e sentimento de pertença dos idosos.

4.7.3 Psicoterapia na terceira idade.

Freud, o pai da psicanálise, acreditava que o tratamento psicológico com indivíduos acima dos 50 anos seria ineficaz devido às limitações no funcionamento cognitivo e egóico e, ainda, porque para o autor uma análise requeria mais tempo do que o normal ciclo de vida para pessoas dessa idade possuiria (Cook, Gallagher-Thomposon & Hepple, 2005).

Lilien Martin foi a pioneira da psicoterapia com idosos, tendo como objectivos fundamental vencer o pessimismo subjacente ao envelhecimento, adoptando uma extrema vontade de viver. Posteriormente, surgiu Rechtchaffen que veio anular a ideia de homogeneidade de ser e pensar na terceira idade, afirmando que os idosos diferem entre si em termos de potencialidades e recursos internos e externos, logo são seres passíveis de usufruir da psicoterapia (Cook et. al, 2005).

Mesmo assim, existem sempre teorias que nos conduzem à resistência da psicoterapia com idoso, por exemplo, a existência do estereótipo de que o idoso é um ser rígido, antiquado e dependente, com traços de personalidade suficientemente estabelecidos resultando numa difícil obtenção de resultados positivos. Cook et. al., (2005), considera esta ideia completamente errada e que se deve ao facto de se tentar aplicar técnicas desenhadas para jovens adultos sem se efectuarem adaptações para mais velhos.

Mitos e Realidades do Processo de envelhecimento

Relativamente à terapia com idoso, há contra-transferências que pode resultar da existência de preconceitos acerca da terceira idade, nomeadamente, a ideia de que os idosos são pessoas homogéneas, solitárias e isoladas, que vivem em instituições vedadas ao mundo exterior, são pessoas depressivas, difíceis e extremamente rígidos, possuindo, muitas vezes, um défice cognitivo e intelectual com o qual não lida da melhor forma (Cook et. al., 2005).

Hoje sabe-se que o idoso é um ser diferenciado, mantendo contacto com os familiares e amigos, são independentes e activos na sociedade, sendo capazes de uma boa adaptação aos desafios do envelhecimento.

Principais orientações psicoterapêuticas e a sua eficácia com idosos.

- Terapia cognitiva – comportamental

Esta é uma das terapias consideradas mais eficazes no tratamento psicológico de idosos, visto que mistura técnicas cognitivas e comportamentais. Em termos de teoria subjacente, temos que a maior parte da psicopatologia é apreendida e mantida por uma combinação de distorções e disfuncionalidade de pensamentos que o indivíduo possui sobre si e sobre o que rodeia, advindo do meio reforços escassos. A intervenção visa modificar o pensamento disruptivo e promover comportamentos pró-activos e positivos, reduzindo os que se apresentem negativos, de uma forma estruturada, directiva, com tempo estipulado e concentrados nos problemas actuais do indivíduo. Estudos de Cook e Gallagher-Thompson et. al, (2005) mostraram que esta terapia se apresenta eficaz para a depressão, nomeadamente em pacientes deprimidos institucionalizados ou em ambulatório, com ou sem doenças físicas e em formato individual ou terapia grupal. É

igualmente eficaz no eliminar de problemas de sono, ansiedade generalizada e problemas comportamentais relacionados com demências.

- Terapias psicodinâmicas e interpessoais

Trata-se da terapia psicanalítica/dinâmica, que inclui abordagens vocacionadas para o insight e apoio do indivíduo, interessando-se pelas causas mais precoces dos comportamentos actuais, pela restauração de defesas saudáveis, pela auto-estima e auto-conceito positivos e pelas transferências ocorridas na relação paciente/terapeuta. Baseia-se num tratamento menos directivos e de maior duração, ajudando a identificar e resolver questões pendentes de estágios anteriores do desenvolvimento. Nos temas mais abordados pelos pacientes idosos encontra-se o luto por perdas, o medo de doenças físicas, deficiências e morte e a culpa e desespero por fracassos passados (Cook et al, 2005). “As questões transferências são atípicas, mas podem reflectir preocupações relacionadas com a própria família de procriação (i.e. cônjuge e filhos) em vez da família de origem, enquanto a contratransferência pode ser influenciada por questões pendentes com os pais, o medo do individuo de envelhecer e/ou de estereótipos relacionados com envelhecimento” (Cook et al, 2005, pp521).

Uma outra terapia, a terapia analítica cognitiva, refere que a experiencia de si mesmo em relação aos outros é internalizada nos primórdios do desenvolvimento como modelos de papéis que actuam em todas as interacções subsequentes. O insight e a mudança nestes modelos advêm da exploração dessas mesmas experiencias passadas no qui e agora, com variadas técnicas cognitivas, comportamentais e interpretativas (eficaz em situações de depressão, distímia, distúrbios de personalidade e psicossomática).

A psicoterapia interpessoal é bastante estruturada e de curta duração, ao invés das atrás apresentadas. Independentemente da etiologia da patologia, a compreensão e

renegociação das interações pessoais tidas pelo indivíduo desempenham um papel essencial na remissão dos sintomas e estruturação de um funcionamento mental capaz de evitar recidivas, principalmente em casos de transição de papéis, disputas de papéis, luto anormal e *deficits* interpessoais (Cook, et al, 2005).

- Terapia de reminiscência/ revisão da vida

Esta terapia pressupõe recordações do passado como forma de crescimento de auto-estima e relacionamentos sociais. Normalmente ocorre em sessões de grupo, levando as pessoas a recordar e partilhar situações passadas usando música, fotografias, jornais, etc. é uma terapia usualmente utilizada em instituições, lares, centro do dia, contudo, não é vocacionada meramente para problemas psicológicos ou transtornos mentais (Cook, et al, 2005).

A terapia de revisão de vida reflecte-se na reelaboração de conflitos de vida passados para que possam mais facilmente ser compreendidos e ultrapassados. Segundo Erikson (1959/1982, citado por Cook, et al, 2005), um idoso pode ser auxiliado até ao último estágio do modelo de desenvolvimento de Erikson, ou seja a fase de integridade-desespero, sendo que assim, com aceitação do envelhecimento e das questões existenciais, poderão alcançar a integridade (esta terapia pode ser adequada para pacientes que necessitem de concentração e confrontar questões traumáticas do passado).

- Outras intervenções psicossociais

Existem muitas opções terapêuticas, tal como a terapia com os familiares de doentes com demência, fomentando o envolvimento nos cuidados prestados ao idoso e terapia dirigidas para indivíduos com défices cognitivos, em que a perda mnésica e da

capacidade de julgamento não devem ser considerados impedimentos para a continuação da terapia. Pode-se auxiliar os idosos com demências a reduzir os seus comportamentos disruptivos e deficiências excessivas, aumentar ou manter os comportamentos assertivos, melhorar a memória ou aprender habilidades de enfrentar o dia-a-dia e a própria patologia, aumentando a qualidade de vida e aliviando sintomas depressivos ou de ansiedade. Uma intervenção passível de ser usada com indivíduo em estágio iniciais da perturbação demencial é ajudá-los na procura de estratégias de rememoração e orientação para a realidade espácio-temporal (Cook, et. al, 2005).

- Mudanças recomendadas no tratamento de pacientes geriátricos

Existem inúmeros factores que podem condicionar a escolha de uma psicoterapia para pacientes, geriátricos, tais como, factores físicos, psicológicos, cognitivos, sociais, evolutivos e ambientais, etc. Visto que alguns idosos detêm doenças médicas crónicas, limitações funcionais e eventos de perdas frequentes e redução na capacidade de autocontrolo dessas perdas (Cook et al, 2005). Assim, há que escolher a psicoterapia que melhor se adequa à globalidade do doente (bio-psico-social).

A psicoterapia com idoso é, normalmente, lenta e pode ser interferida pelos problemas sensoriais, pelos défices de aprendizagem e pelas modificações comportamentais, tornando-se a repetição e o modo de apresentação uma peça crucial para o sucesso da terapia. Esta terapia terá de assentar na cooperação entre terapeuta/paciente e entre as equipas multidisciplinares.

De acordo com Knight e Satre (1999, citado por Cook et. al, 2005), os terapeutas em vez de fazerem sugestões ou esperar que o doente infira as respostas para os seus problemas, devem conduzi-los para essas mesmas conclusões de uma forma mais directiva.

A avaliação deve sempre abranger a mensuração do estado mental e cognitivo do indivíduo, usando como recurso o exame Mini Mental State, avaliando a adequação da terapia e identificando pacientes que necessitam de intervenções mais direccionadas para défices cognitivos ou complementar a avaliação com informações neuropsicológicas mais extensos (Cook et. Al., 2005).

Em virtude da relacionamento terapêutico entre paciente idoso e psicólogo se tornar uma fonte vital de apoio é também de préstimo de informações, ao invés do término psicoterapia, as sessões devem ser mais duradouras e contarem com sessões de reforços de forma a proporcionarem uma saudável sobrevivência do paciente pós-terapia (Cook et. al, 2005).

5. Enquadramento Teórico dos Casos Clínicos

Os casos que me foram atribuídos, quer para acompanhamento psicológico e quer para avaliação psicológica, podem ser inseridos na patologia depressiva e na doença oncológica. Para tal, penso ser pertinente uma breve descrição de ambas para uma melhor compreensão e explicação dos casos clínicos.

5.1 A Depressão Major

A depressão assume várias formas nos idosos, sendo que as categorias de diagnóstico, bem definidos e reconhecidas no DSM-IV, podem não envolver todas as síndromes clínicas relevantes. Nos idosos, as síndromes depressivas encontradas são a Major, a Distímia e a Minor (Spar & La Rue, 2005).

A depressão major é a forma mais grave de perturbação do humor no idoso, sendo que a sua prevalência varia entre 1,2% e 3,7%, segundo estudos de Heithoff (1995, citado por Spar & La Rue, 2005) e Steffens (2000, citado por Spar & La Rue, 2005).

Os Sintomas e critérios de diagnósticos da depressão major.

Os sintomas, da depressão major, mais frequentes, no idoso são: Perturbação do sono (menor eficiência do sono, mais tempo na cama, interrupções do sono mais frequentes, diminuição do tempo total de sono); Perda de apetite (menor dispêndio de energia, menos actividade, agravada pela diminuição do sentido do gosto e do olfacto, por má dentição ou alimentação não apetitosa); Fadiga (agravada por doenças crónica, anticonvulsionantes, benzodiazepinas e β -bloqueadores); Défice de concentração e memória (um esquecimento normal pode ser sentido como um sintoma; agravado por

perdas sensoriais, especialmente por diminuição da actividade visual e auditiva; agravado por medicamentos anticolinérgicos).

Quanto ao diagnóstico da doença, este começa por uma história pormenorizada da doença actual do idoso, centrando-se nas modificações abruptas de uma ou mais funções neurovegetativas. Para o diagnóstico é fundamental a participação de informadores, que podem ser o cônjuge, um filho, um assistente domiciliário, etc. (Spar & La Rue, 2005).

Segundo o DSM-IV (1996), os critérios de diagnósticos para a depressão major são os seguintes:

A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo Período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é humor depressivo ou perda do prazer e interesse.

Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias;

Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias.

Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo ou diminuição ou aumento do apetite.

Insónia ou hipersónia quase todos os dias; Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; Fadiga ou perda de energia.

Sentimento de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;

Diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração

Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

- B. Os sintomas não preenchem os critérios para episódios mistos;
- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante;
- D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de um estado físico geral;
- E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais 2 meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Depressão psicótica.

Segundo Meyers et. al., (1985, citado por Spar & La Rue, 2005), a depressão psicótica é, provavelmente, a variante de maior prevalência nos idosos, cuja ocorrência é referida em mais de 40% dos doentes admitidos em unidades psicogerítricas.

Conforme Spar e La Rue (2005), o reconhecimento da depressão psicótica é relativamente simples quando os sintomas se revelam de forma “clássica”, ou seja, quando as mudanças do humor e neurovegetativas surgem antes da manifestação de alucinações, ideias delirantes e comportamentos bizarros. O papel do clínico é, ainda, mais coadjuvada se existirem delírios depressivos típicos (imaginações delirantes congruentes com o humor) ou quando o doente tem uma história de perturbação de humor. Torna-se mais difícil, quando o doente se apresenta com uma queixa, efectuada por um familiar, de delírio de perseguição acompanhado por uma perturbação da conduta.

O diagnóstico correcto pode ser, também, complicado quando os doentes não podem ou não tencionam descrever alucinações ou quando não verbalizam o conteúdo dos seus delírios, assim o diagnóstico tem de ser elaborado com base nos comportamentos bizarros, por exemplo o isolamento catatónico, ou numa perturbação grave do pensamento. Sempre que não haja história de psicose, a manifestação desta síndrome, no idoso, deverá ser considerada como uma depressão psicótica, até prova do contrário (Spar & La Rue, 2005).

Patogenia da depressão segundo o modelo cognitivo comportamental.

A etiologia da depressão major na terceira idade não é bem conhecida, acredita-se que a genética é um dos factores que contribui para a grande prevalência de depressão nas famílias, este é um facto comprovado com estudos em gémeos. Alguns casos de depressão em idosos parecem originar do uso de fármacos ou outras substâncias químicas, outros casos podem surgir do luto patológico subsequente às perdas inerentes na terceira idade (cônjuges, filhos, familiares, amigos, etc.), existência de doenças físicas, existências de isolamento ou afastamento, entre outros (Spar & La Rue, 2005).

De acordo com o Modelo Cognitivo – Comportamental de Beck (2003), a depressão aparece como resultado de um tratamento distorcido e negativo da realidade e das experiências pessoais, resultando em atribuições erróneas em termos de insucesso pessoal, perda ou rejeição, com exagero que qualquer acontecimento que sugira informação negativa acerca de si mesmo.

Tratamento indicado aos doentes (psicóticos) depressivos.

Existem diversas terapêuticas, eficazes e adequadas, para idosos deprimidos.

Poderá desenvolver-se uma terapia individual, tendo por base técnicas cognitivas, comportamentais, interpessoais e de apoio. Nos idosos deprimidos é usualmente aplicada uma psicoterapia cognitiva-comportamental, devido à sua enorme eficiência nesta faixa etária, aquando da existência de depressão, fobia, hiperactividade, luto, ansiedade/stress, dor (Spar & La Rue, 2005).

A terapia cognitiva-comportamental possibilita a modificação de esquemas cognitivos negativos por outros mais positivos e a mudança dos padrões de comportamentos por outros mais amoldáveis. Tem como vantagem a estimulação sensorial através do relaxamento, é centrada no sujeito (quando individual) e permite lidar com as perdas e angústia; quanto às suas desvantagens, esta é uma terapia em que é necessário existir no doente capacidade de insight e só resulta se houver reforço positivo (Spar & La Rue, 2005).

Também poderá desenvolver-se, uma terapia de grupo com base nas técnicas cognitivas ou usando a terapia psicoeducacional (treino de capacidades para ajudar o doente a atingir objectivos individuais), de recapitulação de vida ou de resolução de problemas. Não nos podemos esquecer que ao realizar terapia de grupo temos que ter em conta os défices cognitivos/sensoriais e a existência de doenças do foro médico dos participantes, pois estes podem influenciar negativamente o processo de terapia de grupo (Spar & La Rue, 2005).

Pode ser feita ainda uma terapia familiar, na medida em que a depressão major é fortemente descrita como uma crise para toda a família. Tanto doente e família podem beneficiar desta terapêutica, numa abordagem global e compreensiva do doente e da sua doença, bem como, das consequências sobre a família (Spar & La Rue, 2005).

A psicoterapia é muito importante nestes doentes, mas esta terá maiores e melhores efeitos se for feita em parceria com uma farmacoterapia. Segundo estudo de Thase et. al., (1997, citado por Spar & La Rue, 2005), a combinação da terapia cognitiva-comportamental com farmacoterapia revela resultados significativamente melhores do que o tratamento psicoterapêutico e farmacológicos isolados, em doentes com depressão maior.

Na depressão psicótica é usualmente usado, no tratamento farmacológico, medicamentos antipsicóticos de alta potência, mas em baixas doses, juntamente com medicamentos antidepressivos. A reacção por parte do doente é caracterizada pela rápida diminuição da ansiedade, do medo, do isolamento social, da insónia, da hipervigilância e das perturbações do comportamento relacionadas com as crenças delirantes, seguido por uma melhoria gradual a nível do humor, dos sintomas neurovegetativos e das alucinações (caso existem) que, previsivelmente, leva ao desaparecimento dessas crenças (Spar & La Rue, 2005).

5.2 A Doença Oncológica no Idoso

Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado um acréscimo de número de idosos que sofrem de patologia oncológica (cancro), já é considerado uma problemática mais emergente dos países industrializados, devido ao número elevados de mortos.

Neoplasia maligna mais conhecido como “cancro”, é uma doença caracterizada pela existência de uma população de células que multiplicam e se dividem sem respeitar os limites normais. Consequentemente é uma doença que invade células e destrói tecidos adjacentes e podem estender-se num ritmo relâmpago por todo o nosso corpo, através de um processo denominado de metástase. O cancro mais prevalente nos idosos é: colorrectal, linfoma, pulmão, estômago, mama, cerebral, rins e bexiga

(Audisio et al, 2006). De acordo com este autor, ainda há três factores predominantes que contribuem para o agravamento da doença oncológica:

A idade média está a aumentar e o número de problemas cardiovasculares, no idoso, está a reduzir-se;

O risco de cancro aumenta de forma proporcional à idade;

Os tratamentos anti-cancro estão mais eficazes, transformando o cancro numa doença crónica.

Ao deparamo-nos com um idoso oncológico, devemos fazer uma abordagem global, rejeitando a atitude de lidarmos apenas com a parte maligna. A finalidade da abordagem visa melhorar o seu bem-estar, com a integração entre tratamentos activos e de apoio (Audisio et al. 2006).

Cancro no Idosos Características Biológicas

Com o envelhecimento cada pessoa vai influenciar e transformar a biologia da doença oncológica, ou seja estas modificações vão afectar o risco de cancro, a actividade tumoral e a resposta ao tratamento. Não existe regras, mas a idade tem uma predominância distinto dependendo do tipo específico de cancro, assim, o médico oncologista desde cedo aprende que a idade do doente, no diagnóstico, pode ter tudo a ver ou não com a biologia do cancro (Audisio et al. 2006).

Para Winograd (1991, citado por Audisio et al. 2006), os critérios de fragilidade no doente idoso são os seguintes:

- Mais de 85 anos de idade; Problemas fisiológicos;
- Dependência em uma ou mais actividades de vida diárias (AVC);
- Presença de três condições mórbidas ou mais;

- Presença de uma síndrome geriátrica ou mais (demência, delírio, depressão, incontinência, quedas, etc.).

Consequências psicológicas que podem ser induzidos por efeitos secundários

A doença oncológica pode ser vivenciada juntamente com alguns efeitos secundários que, em muito, vão afectar as capacidades do sujeito para lidar com esta nova situação. Estes efeitos secundários podem passar por dor, náuseas e vómitos, mucosite e estomatite, alopecia (queda do cabelo), disfunção reprodutiva e sexual e anemia e leucopenia, entre outros. Todos os efeitos que resultam da doença fomentam, quase inevitavelmente, o isolamento do doente, o medo/pânico, a depressão, a quebra de auto-estima, a ansiedade, a agressividade, os erros do pensamento, os mecanismos de defesa e a existência de fases maníacas, ou seja, o estado funcional, a depressão, os dificuldades cognitivas, o estado nutricional e a falta de apoio social afectam a taxa de sobrevivência dos doentes idosos, aumentando os riscos relativos de mortalidade de duas para quatro vezes (Audisio et al. 2006).

Tratamento do cancro no idoso

As opções de qualquer tratamento devem ser estudadas com o objectivo de melhorar a qualidade e a expectativa de vida. Assim, o tratamento a seguir é decidido mediante a análise da globalidade da doença e do idoso (idoso, tipo de cancro, alvo do tratamento e decisão final), numa interdisciplinaridade de recursos (Audisio et al. 2006).

Tratamento do cancro colorectal

Embora seja a cirurgia radical o tratamento mais eficaz para a maioria das neoplasias colorectais, o idoso é menos sujeito a este tipo de tratamento do que os mais

jovens. Contudo, avanços recentes na anestesia e na cirurgia fazem com que esta seja considerada, muitas vezes, como a primeira opção para o idoso doente (Audisio et al. 2006).

O uso ou não de quimioterapia após cirurgia resulta da análise da progressão do doente e das características do cancro, todavia, após cirurgia há que iniciar um tratamento farmacológico (também pode ser iniciado antes da cirurgia, depende de caso) e, se necessário, um tratamento psicológico (Audisio et al. 2006).

A Psicologia como tratamento de apoio ao idoso oncológico

Sendo a psicologia uma ciência que visa estudar os comportamentos (humanos) e os processos mentais, esta presta um papel fundamental na prestação de apoio ao doente, no sentido de o ajudar a ultrapassar, da melhor forma, a situação que o perturba.

Na doença oncológica, o psicólogo intervém, maioritariamente, no sentimento de solidão, na sensação de desamparo, na falta de apoio, nos sentimentos depressivos e ansiedade (Audisio et al. 2006).

Muitas vezes, estes doentes têm a percepção/convicção de que enfrentam uma situação que ninguém entende e têm queixas que se tornam difíceis para o próprio, mas, essencialmente, são difíceis para os familiares. Tudo isto, despoleta sentimentos de que é o fim, de que não há nada nem ninguém que consiga a ajudá-los e muito menos que lhes forneça apoio.

A psicologia, na doença oncológica, actua dando informação e apoio emocional, sendo que este apoio se transformará numa melhoria funcional do doente. Em primeiro, há que desmitificar a doença; ao proporcionarmos esclarecimento estamos a contribuir para que o doente tenha um maior controlo sobre a sua vida, permitindo compreender a evolução da doença e das alterações vivenciadas; ao apoiarmos estamos a avaliar

sentimentos de culpa e estados depressivos e, desta forma, o doente sabe que existe alguém especializado que o pode auxiliar. Resumindo, o psicólogo encoraja e auxilia o doente a recuperar o controlo da sua vida e o seu bem-estar, apesar da sua enorme fragilidade e sentimentos depressivos, controlando as suas ansiedades e sentimentos de desânimo (Audisio et al. 2006).

6. Actividades desenvolvidas pela estagiária no Serviço de Psicologia

Tabela 3- Plano da Intervenção no Serviço de Psicologia no Centro Psicogeriátrico

	2ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9:30h	Caso de Acp 1	Rehacom– L.A	Rehacom– G.C	Pesquisa, leitura da literatura para o projecto.
10:30h		Rehacom– C.S	Rehacom–A.M	
11h	Caso de Acp 2	Rehacom–M.N	Actividades do Centro	
12h	Registos	Registos/Supervisão	Registos	Registos
13h			Caso de Acompanhamento 3	
14h	Rehacom– T.U	Preparação GPPI		
14:30h	Rehacom–M.A	Reunião GPPI	Caso de Acompanhamento 4	Supervisão do trabalho
15:30h	GPF	Preparação GPPII		
16h		Reunião GPPII	Registos	Saída
17h	Registos	Registos GPPI, II		
17:30h	Saída	Saída	Saída	

a) Trabalho Indirecto

i. Avaliação Psicológicas

A aplicação de testes de avaliação psicológica, constitui um instrumento específico do psicólogo, uma vez que este profissional é dotado de competências que lhe permite fazer a interpretação dos resultados. Há uma vasta gama de testes com objectivos muito distintos uns dos outros, assim importa que o psicólogo conheça os testes disponíveis, assim como as suas principais indicações para aplicação. A aplicação de testes constitui uma medida fundamental para aceder a conteúdos sem que haja qualquer tipo de influência da subjectividade do psicólogo, adquirindo o estatuto de exames auxiliares de diagnóstico (Pedinielli, 1999). Em Anexo B testes psicológica.

No que respeita à abordagem da personalidade privilegiam-se provas como o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ou ainda, a utilização de metodologia projectiva (Pedinielli, 1999).

Segundo Groth-Marnat (2009), o MMPI tende descrever os traços de personalidade, explorando os diferentes aspectos da personalidade normal e patológica.

Os resultados obtidos através da aplicação deste teste, permite que se defina um perfil de personalidade. A versão reduzida do MMPI designa-se por Mini-Mult e é constituído por 71 itens que compõem três escalas de validade (L, F e K) e sete escalas clínicas Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria), Pd (Psicopatia), Pa (Paranóia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia) e Ma (Hipomania). A escala de resposta é dicotómica, verdadeiro e falso, pelo que a instrução dada é a que se segue: “Responda verdadeiro (V) ou falso (F) a cada uma das afirmações”.

Para Groth-Marnat (2009) a cotação procede-se ao somatório das notas brutas e posteriormente, através de uma tabela, são convertidas em notas T, cujos valores são utilizados para traçar um gráfico de perfil de personalidade do indivíduo. Salienta-se que para as escalas: Hipocondria, Psicopatia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania, se soma o valor de K, de acordo com a fórmula Hs (+5K); Pd (+4K); Pt (+1K); Sc (+1K); Ma (+2K).

Note-se que o valor médio é $T=50$, sendo os pontos críticos de $T \geq 70$ e $T \leq 30$. Por sua vez a tríade neurótica corresponde à elevação das escalas Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria). Quanto ao perfil Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia) e Ma (Hipomania) remete para a tríade psicótica.

No que respeita à metodologia projectiva, o Rorschach é o instrumento privilegiado. A sua utilização implica sempre que haja benefício para aquele que consente submeter-se a esta avaliação. O material Rorschach permite que a percepção das pranchas seja elaborada mediante as preocupações actuais e essenciais do sujeito, esta potencialidade relaciona-se com o carácter impreciso do instrumento. A utilização desta ferramenta visa um melhor conhecimento do sujeito, sendo que o Rorschach constitui um mediador na relação entre o clínico e o sujeito (Chabert, 2003).

A instrução da prova é de facto muito importante, uma vez que recorre aos mecanismos perceptivos e projectivos, sendo que a linguagem assume o papel de veículo, através do qual o sujeito revela o seu modo de organização, evidencia os seus fantasmas internos e transmite o modo como percebe e se adapta ao real. Trata-se portanto de uma prova com muito potencial, na medida em que o material apela duplamente para o interno/externo, fantasmático-perceptivo (Chabert, 2003).

Nota-se, que o material Rorschach induz um processo transferencial, em que ocorre um “deslocamento de afectos e de representação no seio de uma relação” (Chabert, 2003, pp.34).

Assim, esta prova é constituída por dez pranchas, cada prancha evidencia manchas que são dotadas de um conteúdo manifesto e de um conteúdo latente, ou seja o discurso do sujeito refere-se ao real e ao simbólico. Deste modo a interpretação das respostas contempla uma dimensão quantitativa e a outra qualitativa a qual contém necessariamente uma componente subjectiva (Chabert, 2003).

Também é importante a aplicação de provas para a faixa etária do idoso tais como: MMSE – Mini-Mental State Examination, CDT – Clock Drawing Test e GDS – Geriatric Depression Scale.

O MMSE tende determinar a presença de deterioração cognitiva, pode ser aplicado desde os 18 anos até aos 85 anos. Trata-se de um teste muito útil para perceber o impacto da estimulação cognitiva, sendo facilmente aplicado e cotado, o tempo de aplicação é de 5 a 10 minutos. A sua consistência interna tem variado entre 0,31 para amostras constituídas por sujeitos da comunidade em geral e de 0,96 para grupos de pessoas com patologia (Espino et. al., 2004; Foreman, 1987; Hopp et. al., 1999; Jorn et. al., 1988; Lopes et al., 2005; Tombaugh et. al., 1996, citado por Strauss, Sherman & Spreen, 2006).

Para a administração do MMSE, o clínico expõe as questões e regista no momento as respostas dadas. As questões deste teste permitem aceder à orientação espaço-temporal, memória de evocação, memória a curto-prazo e capacidade visuo-construtiva. Os scores obtidos são interpretados de acordo com as habilitações literárias do respondente, pelo que a pontuação máxima é de 30, considerando-se défice cognitivo quando o score é inferior ou igual a 27, no caso de pessoas com escolaridade superior a 11 anos; score inferior ou igual a 22 para indivíduos cuja escolaridade é de um a 11 anos de escolaridade; no caso de pessoas analfabetas considera-se défice para scores inferiores ou iguais a 15.

O CDT (Tuokko et. al. Citado por Strauss, Sherman & Spreen, 2006), está indicado para o despiste de quadros demenciais, dificuldades visuo-espaciais e da práxia. Pode ser aplicado a crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos e a adultos, porém, o modo de administração depende da faixa etária do sujeito a que este é aplicado.

O teste implica apenas o recurso a uma folha de papel e a um lápis, sendo o tempo de aplicação de apenas cinco minutos. Na folha de papel pode estar impresso um círculo, sendo dada a instrução que se segue: “desenhe os números do relógio, assim como os seus ponteiros, que devem indicar as 11:10”, é de salientar que a sugestão de uma hora específica é opcional, pode simplesmente ser pedido para indicar a hora no momento da aplicação, o que permite conhecer a orientação temporal do sujeito.

A hora habitualmente pedida para desenhar refere-se às 11:10, uma vez que implica que o ponteiro das horas se situe no número 11 (lado esquerdo) enquanto que o dos minutos se localiza no número 2 (lado direito), assim estão envolvidos os dois campos visuais, para além desta operação exigir uma certa habilidade cognitiva, por isso é ainda possível detectar alterações dos campos visuais (hemianópsia) e défices

cognitivos (Strauss, Sherman & Spreen, 2006). Verifica-se que é um teste fidedigno, tendo sido obtidos valores de alpha de Cronbach de 0,78 para pessoa com a doença de Alzheimer (Mendez et. al., 1992, citado por Strauss, Sherman & Spreen, 2006). Assim, pontua-se com 2 pontos a presença do número 12, bem como, para a presença dos dois ponteiros, dos restantes números, atribuindo-se também dois pontos, ao facto de ter sido escrita a hora certa. Deste modo, para scores de 0-5 considera-se disfunção cognitiva, por sua vez scores de 7-9 dão conta de uma função cognitiva normal.

No que respeita à GDS, resume-se num instrumento de auto-avaliação, desenvolvido especificamente para adultos idosos, é constituída por 30 itens, cuja escala de resultado é dicotómica (sim/não), a qual visa avaliar o humor, queixas cognitivas e o comportamento social, é considerada como uma escala fiável e válida. Os scores obtidos podem traduzir “ausência de depressão” (0-10), “depressão ligeira” (11-20) e “depressão grave” (21-30) (Spar & La Rue, 2005).

Uma escala frequentemente utilizada para avaliação da doença de Alzheimer diz respeito a ADAS – Alzheimer Disease Assesment Scale, a qual é constituída por uma primeira parte cognitiva e uma segunda não cognitiva. A parte cognitiva contempla provas que implicam: memória de evocação, nomeação e identificação de objectos, capacidade de seguir ordens, capacidades construtiva, praxia e orientação no espaço, na pessoa e no tempo. Por sua vez, a parte não cognitiva avalia: a presença de choro, sintomas depressivos, capacidade de concentração, colaboração na realização do teste, presença de delírio, alucinações, deambulação, aumento da actividade motora, tremor e considera ainda o comportamento alimentar (Garcia, 1988).

Deste modo, o score total máximo é de 110, sendo que para a ADAS cognitiva o score máximo é de 60 e para a não cognitiva é de 50. Salienta-se que quando maior for a pontuação remete para maior disfunção, pelo que na ADAS cognitiva scores superiores

a 25 dão conta de patologias e para a ADAS não cognitivas scores superiores a 30 revelam quadro demencial marcado (anexo C).

ii. Reabilitação cognitiva de utentes em Unidade de Memória.

Uma das actividades de estágio nas quais participei foi na unidade de memória com vista à reabilitação cognitiva de algumas utentes previamente sinalizadas pelo Serviço de Psicologia. Para uma melhor compreensão desta actividade que desenvolvi no Centro, apresento de seguida um breve esclarecimento sobre o que são a reabilitação cognitiva e a reabilitação neuropsicológica, quais os objectivos subjacentes a estes processos, quais as patologias, situações em que a reabilitação cognitiva se revela pertinente, uma breve descrição do programa de reabilitação cognitiva *RehaCom*, a descrição do processo de reabilitação cognitivo junto das utentes e a descrição e reflexão sobre esta actividade.

O que é a Reabilitação cognitiva

A Reabilitação baseia-se num processo que tem como objectivo principal restabelecer as capacidades funcionais dos indivíduos que contenham algum tipo de incapacidade, facultando a melhor adaptação ao meio envolvente às suas condições (Ávila & Miotto, 2002), levando a que as funções físicas, psicológica e sociais da pessoa com incapacidade alcancem níveis óptimos de actividade (McLellan, 1991 citado por Clare e Woods, 2001).

A reabilitação Neuropsicológica e a reabilitação cognitiva: objectivos.

Para Wilson (1996, citado por Ávila & Miotto, 2002), a reabilitação neuropsicológica favorece a recuperação dos processos cognitivos deteriorados e a

criação de estratégias alternativas que reduzam a necessidade de recorrer à função cognitiva lesada para realizar as tarefas habituais do dia-a-dia (capacidade denominada plasticidade cerebral). O processo de reabilitação neuropsicológica possibilita melhorar a qualidade de vida do paciente e fomentar a sua autonomia, permitindo-lhe continuar a realizar actividades que sempre desempenhou ao longo da vida. Segundo o autor, o segundo objectivo apresenta como objectivo nuclear capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar os défices cognitivos resultantes de lesão neurológica. A reabilitação cognitiva é apenas um dos componentes da reabilitação neuropsicológica, a qual visa não só tratar os défices cognitivos como também as alterações de comportamento e emocionais inerentes à doença/lesão.

População – Alvo da reabilitação cognitiva

A reabilitação cognitiva destina-se sobretudo a sujeitos que apresentam lesões cerebrais adquiridas devido a traumatismos crânioencefálicos, acidentes vasculares cerebrais, tumores cerebrais, traumatismos, doenças neurodegenerativas (que conduzem à demência), portadores de disfunções neurológicas e todos os sujeitos que apresentem declínio ou deterioramento cognitivo e queixas de memória. A maior probabilidade de aquisição destas patologias faz dos pacientes idosos os principais destinatários da reabilitação neuropsicológica.

Do conjunto de patologias referidas, a doença de Alzheimer é, em Portugal, a principal causa de demência. É, por isso, uma das patologias mais prevalentes na população utente do Centro Psicogeriátrico. Trata-se de uma afecção degenerativa do sistema nervoso que afecta actualmente mais de 90.000 mil pessoas no nosso país (Ribeira, Ramos & Sá, 2004) e que se caracteriza pela perda de funções intelectuais, tais como a perda da capacidade de raciocínio, perturbações em funções neuropsicológicas

tais como a memória, a orientação, a linguagem, as percepções do gesto e da percepção e alterações dos comportamentos afectivos, assim como inadequação comportamental ao contexto social (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005).

As funções constituem ainda hoje tema de controvérsia e de investigações científicas. Uma das funções cognitivas, que tão útil é para as actividades do quotidiano, diz respeito à memória cuja definição é a de se tratar da capacidade de adquirir, reter e fazer uso de conhecimento e competências (Fernandez-Ballester, 2003).

Na actualidade, a memória é entendida como a interacção de múltiplos sistemas e não como um sistema individualizada e estanque dos outros. Graf e Schacter (1985, citado por Fernandez-Ballester, 2003), distinguiram dois tipos de memória, a explícita e a implícita, pelo que a primeira para intencionalidade e consciência de recolha de informação prévia. Por sua vez, a memória implícita revela-se por uma facilidade na performance, sem que haja necessidade de uma escolha de dado consciente (Fernandez-Ballester, 2003).

Para além disto, outras classificações foram consideradas, como por exemplo a divisão da memória a longo-termo em memória declarativa e não declarativa (processual) (Squire 1992; Schacter & Tulving, 1994, citado por Fernandez-Ballester, 2003), tendo sido verificadas cinco áreas de expressão da memória: memória de trabalho, sistema de representação perceptiva, memória semântica, memória curto prazo e memória episódica. Importa salientar, que para as diferentes expressões de memórias ocorrem processos de aquisição, retenção e recuperação, os quais podem ser conscientes (memória explícita) ou inconscientes (memória implícita).

O declínio das capacidades cognitivas é uma realidade para a grande maioria dos idosos, pelo que prevenir ou atrasar a presença de défices cognitivos se torna uma mais-valia para os mesmos (Barros de Oliveira, 2010). Alerta-se ainda, para o facto de as

difficultades de domínio cognitivo poderem estar relacionadas com uma serie de patologias, nomeadamente com a presença de qualquer tipo de demência (Spar & La Rue, 2005).

Deste modo, é fundamental que haja um adequado diagnóstico diferencial, uma vez que cada tipo de demência afecta funções distintas, consoante a área do cérebro que está afectada, no entanto ainda não há um consenso no que respeita aos critérios de diagnóstico diferencial (Spar & La Rue, 2005). Assim, na doença de Alzheimer, a avaliação neuropsicológica despista habitualmente, de acordo com o estágio da doença, défices na praxis, nas memórias de evocação, de retenção e de trabalho, anomia lexical (dificuldade em encontrar as palavras para o discurso verbal).

Por sua vez, a demência vascular, cuja etiologia se relaciona com alguma obstrução nos vasos, gera dificuldade na irrigação dos tecidos do cérebro ou do coração, podendo até mesmo ocasionar hipoxia dos tecidos que sem aporte de oxigénio acabam por necrosar. Assim, patologias como enfarte agudo do miocárdio (E.A.M) e aos acidentes cerebrais (A.V.C) estão na base deste tipo de demência, que é semelhante a outras, contudo há determinadas características que lhe são atribuídas, tais como: “preservação da personalidade e do sentido crítico (insigth), humor deprimido, labilidade emocional, queixas somáticas e défices cognitivos” (Spar & La Rue, 2005).

Em suma, a doença de Alzheimer e a demência vascular distinguem-se pelo seu início, que na primeira é gradual e na segunda é abrupto. No que concerne a alterações físicas, na doença de Alzheimer estas só estão presentes em fases medias/avancadas da doença, enquanto que, para a demência vascular surgem desde o início alterações na marcha, quedas frequentes e incontinência. Por sua vez, na demência vascular há uma preservação da personalidade, havendo também uma grande consciência dos défices o que induz sintomas depressivos, aspectos que não se verificam na doença de Alzheimer

cujos défices de linguagem são precoces, assim como os défices visuo-espaciais (Spar & La Rue, 2005).

O programa informatizado de Reabilitação Cognitiva *RehaCom*

No processo de reabilitação cognitiva das utentes em Unidade de Memória é utilizado o programa informático *RehaCom*. Este programa foi desenvolvido pelas empresas alemãs *Dr. G. Schuhfried, GmbH* e *Hasomed, GmbH* em colaboração com neurologistas da Faculdade de Medicina de Magdeburg, na Alemanha. Trata-se de um programa informático que visa melhorar as funções cognitivas indicado para quadros demenciais ou outras patologias que induzam alterações cognitivas.

Este programa de reabilitação é regido pelos princípios que se seguem: Possibilita o treino específico dos vários domínios cognitivos; Permite o desenvolvimento de treinos individualizados e adequados a cada um dos seus utilizadores; Gera resultados de cada uma das provas para cada sessão, construindo gráfico que permite observar a evolução do indivíduo; O programa tem potencialidade de transmitir feedback sonoro. Pelo que pode ser utilizado de forma autónoma, caso seja benéfico para o utente.

Os programas de treino de *RehaCom* são 17 provas distintas, cada uma delas com um vasto conjunto de exercícios, as provas mais utilizadas junto da população utente do Centro são descritos na Tabela 4 em anexo D.

b) Trabalho Directo

i. Acompanhamento individual de Casos de Reabilitação Cognitiva

No início do estágio curricular, a Dr.^a Paula considerou que seria benéfico para mim observar sessões de treino cognitivo das utentes inseridas em Unidade de Memória

(valência de Serviço de Psicologia com vista à reabilitação cognitiva) que eu iria acompanhar durante os meses de estágio, de forma a conhecer melhor o programa de reabilitação cognitiva *RehaCom* e as dificuldades inerentes a cada utente. Posteriormente, essa observação foi suspensa e comecei, no mês de Janeiro e sob supervisão da minha Orientadora de Estágio, a realização do treino cognitivo junto das utentes, sendo que depois desse período a supervisão da Dr.^a Paula passou a ser apenas pontual.

As utentes inseridas em Unidade de Memória realizavam semanalmente uma sessão de estimulação cognitiva individual, com a duração de aproximadamente 30 minutos, durante a qual lhes eram aplicadas provas do programa *RehaCom* para estimulação das funções cognitivas (entre 3 a 4 provas).

As utentes realizavam uma média de 12 sessões de estimulação cognitiva e previamente e posteriormente a esse período de estimulação, era efectuada uma avaliação neuropsicológica com vista a averiguar o impacto do treino.

Ao longo do meu período de estágio acompanhei 6 casos de utentes em Unidade de Memória. Destas 6 utentes, uma teve alta em Março a outra desistiu por imposição da filha no mês de Maio e o restante desde o início até ao fim do estágio. Nestas avaliações é possível testemunhar a utilidade e a autenticidade do programa *RehaCom* enquanto programa de estimulação e de reabilitação cognitivas.

Alguns casos de utentes em processo de reabilitação cognitiva não foram contínuos ao longo do meu estágio, com interrupções do treino cognitivo devido a doença das utentes, ou mesmo suspensão do treino, não tendo sido nestes casos realizada todas as avaliações neuropsicológicas. Contudo, apresentam-se algumas considerações finais.

O facto de me terem sido atribuídos, em contexto de reabilitação cognitiva, casos de utentes com patologias mentais distintas permitiu-me uma aprendizagem prática sobre as mesmas e sobre o que significa “reabilitar”. De facto, referir que procuramos “reabilitar” alguém, seja no plano cognitivo ou noutra, pode não ser a terminologia correcta a utilizar, pois é impossível ajudar uma utente a ser, no presente, exactamente como era num passado que já passou e que não regressa. Assim, o que procuramos fazer através da estimulação cognitiva com as utentes é sobretudo *habilitá-las* com estratégias cerebrais que lhes permitam conviver no dia-a-dia com as lesões neurológicas de que padecem.

A influência que a sintomatologia inerente às patologias mentais das utentes pode exercer no processo de reabilitação (ou *habilitação*) cognitivo é inegável, podendo mesmo determinar o sucesso ou insucesso do mesmo. Desta forma, coube-me a mim, perante as utentes que revelavam um reduzido interesse na estimulação em virtude das suas patologias mentais, motivá-las para esta actividade. Por isso, considero que quem acompanha os casos de reabilitação cognitiva, desde o treino às avaliações neuropsicológicas, é também parte integrante desse processo. Não se trata de um esforço unicamente efectuado pela utente, mas sim um esforço conjunto, que envolve as duas partes, a utente e o/a responsável pelo treino e pela componente avaliativa.

6.1 Estudo de caso de Reabilitação Cognitiva (G.C)

G.C. é uma utente de 83 anos (ano de nascimento 1932), com a formação académica de Auxiliar de enfermagem. Note-se que a G.C. nunca exerceu a sua profissão motivo pelo qual abdicou em prol da sua família (educação dos filhos), aquando da vida activa era doméstica.

Após avaliação neuropsicológica considerou-se que G.C. poderia beneficiar de intervenção neuropsicológica. Fase ao exposto, durante o estágio intervi com G.C de 13 de Janeiro de 2011 a 6 de Junho de 2011, dando seguimento às sessões de estimulação cognitiva, que usufrui sensivelmente desde que foi admitida no Centro.

Procedeu-se a uma avaliação neuropsicológica que considerei inicial (20/01/2011), cujos resultados foram os que se seguem;

MMSE- Obteve 29 pontos, o que remete para uma função cognitiva normal (na avaliação anterior de 30/07/2010 obteve 29 pontos);

CDT- 3 pontos, o que indica a presença de deterioração cognitiva, mostrando dificuldades na colocação dos números no entanto observa-se uma boa orientação (obteve 9 pontos na avaliação de 29/06/2010);

GDS- 23 pontos, o que nos remete para uma depressão grave (na ultima avaliação verificaram-se 4 pontos para esta escala);

ADAS total – 10 pontos (avaliação anterior 21 pontos);

ADAS Cognitiva – 7 pontos (ultima avaliação 18 pontos);

ADAS Não Cognitivas 3 pontos (3 pontos na ultima avaliação).

Verificaram-se dificuldades nas provas:

- Evocação de palavras: 5 pontos (avaliação anterior 6 pontos);
- Capacidade construtiva: 1 ponto (avaliação anterior zero pontos);
- Reconhecimento de palavras: 1 pontos (ultima avaliação 4 pontos);

Os resultados obtidos revelam que para o MMSE as funções cognitivas se mantiveram normais. Quanto ao CDT os resultados foram inferiores comparativamente com a avaliação anterior. Por sua vez, para a ADAS verificaram-se resultados relativamente melhores comparando com os da última avaliação, porem não é significativo. Deste modo, os resultados dão conta da necessidade de continuar a

aplicação de provas do programa *RehaCom*, dando primazia às provas de memória (memória de figuras, memória e palavras, memória verbal, memória topológica).

Posto isto, a Tabela 5 ilustra a evolução da estimulação cognitiva de G.C., para cada uma das provas aplicadas, no decorrer da intervenção. Em Anexo E as avaliações e folha de registo G.C.

Tabela 5 - Evolução das provas do programa Cognitiva aplicadas a G.C

Provas Aplicadas	Nível Inicial	Nível Final	Evolução
Atenção e Concentração	14	16	↑
Memória Topológica	7	9	↑
Memória de Palavras	16	18	↑
Memória de Figuras	7	9	↑
Memória Verbal	7	8	↑
Memória de Faces	7	9	↑
Memória Bi-Dimensionais	3	3	=
Raciocínio Lógico	11	13	↑
Coordenação Visuo-motora	1	1	=
Aprendizagem Saccade	3	6	↑

Face ao exposto, a aplicação de provas do programa *RehaCom* teve um impacto positivo, promovendo a melhoria em algumas áreas cognitivas e mantendo outras áreas estáveis. O facto de se manterem determinadas capacidades é de facto um aspecto a valorizar, uma vez que esta faixa etária é caracterizada por um declínio das capacidades cognitivas, pelo que a sua manutenção é já uma mais-valia.

No âmbito da relação terapêutica, verificou-se no decorrer da intervenção que G.C. revelava motivação e interesse em participar nas sessões, as quais ocorriam todas as quintas-feiras. Apesar do âmbito deste tipo de intervenção ser a estimulação cognitiva, foi considerada uma abordagem holística, pelo que no início de cada sessão havia espaço para que a utente pudesse expressar como tinha decorrido a sua semana, aspecto que me pareceu que G.C. apreciava muito mencionando: “gosto muito de vir aqui, gosto muito de si”. Próximo do término da intervenção houve o cuidado de informar a utente, com uma antecedência de uma semana. G.C. referiu sentir-se triste

pelo fim da intervenção, tendo verbalizado: “tenho muita pena que seja a última sessão”.

6.2 Dinamização de Reuniões de Grupo Psicopedagógicos

Os principais objectivos destes grupos consistem em estimular as funções cognitivas das utentes, promover a coesão grupal e permitir que as utentes melhorem as suas competências pessoais e sociais. Na sequência das utentes apresentarem características distintas foram criados dois grupos, o primeiro integra doze utentes, as quais são mais dependentes e com dificuldades cognitivas mais acentuadas. Por sua vez, o Grupo II é integrado por 21 utentes totalmente independentes nas suas actividades de vida diárias, com dificuldades cognitivas ligeiras ou mesmo nulas. Deste modo, são desenvolvidas actividades distintas mediante as características das utentes que integram os grupos. Importa mencionar que estes grupos são semi-abertos e as sessões têm lugar todas as quartas feiras das 14:30 até às 15:30 para o Grupo I e para o Grupo II das 16:00 até às 17:00. Ambos os grupos têm objectivos similares, embora mais enfatizados num ou noutro grupo.

6.3 O Grupo Psicopedagógico (GPPI)

A minha participação nas reuniões do Grupo Psicopedagógico I ocorreu desde o mês de Janeiro (mês no qual contei com o precioso apoio da Dr.^a Paula nesta tarefa) até ao final do mês de Maio de 2011. As reuniões com este grupo decorriam numa sala específica do 2º piso, às quartas-feiras, entre as 14h30 e as 15h30mn. Por volta das 14h eu e a minha colega de estágio (que partilhou comigo a dinamização destas reuniões desde Janeiro até ao início de Fevereiro) apoiadas por uma colaboradora do Centro, que reuníamos as utentes para a sala.

Do conjunto de 12 utentes que constituem o grupo apenas uma frequenta o Centro em regime de Unidade de Dia. As restantes senhoras têm idades entre 68 e 102 anos. As utentes deste grupo exibem patologias neuróticas, psicóticas e debilidade mental (duas utentes), sendo que o quadro patológico mais predominante é a demência, nomeadamente a demência associada à doença de Alzheimer, a qual surge acompanhada dos défices mnésicos, funcionais e sensoriais característicos que impõem a necessidade de encaminhar as utentes para as reuniões, ou porque estavam fisicamente debilitadas ou porque iriam receber visitas dos seus familiares.

Nestas reuniões, os objectivos subjacentes às actividades desenvolvidas com as utentes e estipulados pelo Serviço de Psicologia eram os seguintes: Proporcionar treino mnésico, treino da orientação espaço temporal e treino da atenção/concentração; Informar e motivar para participação em actividades realizadas no Centro; Diminuir os efeitos nefastos da institucionalização; Aumentar autonomia e sentimento de independência; Fomentar as relações sociais e coesão do grupo; Motivar para a participação nas actividades lúdicas e de auxílio laboral, proporcionadas no centro.

Planeamos e desenvolvemos estas actividades que nos permitissem cumprir estes objectivos. Em Anexo F, um exemplo duma planificação e um registo destas reuniões com o GPP I e II, o qual fica arquivado em dossier próprio, no gabinete do Serviço de Psicologia. Estas actividades evoluíram a realização de leitura e interpretação de vocabulário (jornal do centro, historias, fábulas e passagens da Bíblia); treino do calendário e de relações de quantidade, proporções e lateralidade; jogos lúdicos; recordação de eventos, datas importantes, idades, profissões anterior e discussão de problemas e marcos nas suas vidas passadas e/ou actuais; conhecimentos de cores, números, animais, roupas de si mesmo; orientação no espaço e no tempo e abordagem de alguns temas da actualidade (épocas festivas), assim como temas pontuais propostos

pelas utentes e/ou orientadora; espaço importante dado à expressão de sentimentos, vontades e opiniões; quinzenalmente sessão de relaxamento com exercícios corporais simples ao som de música ambiente, preferencialmente clássica.

Analisando o percurso que fiz com estas utentes posso afirmar que foi muito enriquecedor para mim. Este grupo de idosas apresenta enormes limitações físicas e cognitivas, as quais me motivaram a querer fazer mais e melhor, de sessão para sessão. Quanto mais acentuadas eram as dificuldades das utentes na realização das actividades propostas, maior era o meu empenho em descobrir formas mais simples, e cativantes de fazer um jogo ou explicar uma actividade a estas senhoras. Também percebi que o mais importante neste grupo não é ser-se capaz de atribuir a resposta correcta a uma questão mas sim usufruir de momentos prazerosos, interactivos e dinâmicos. Aprendi com estas pessoas o que realmente interessa: é aproveitar cada minuto da nossa existência no qual conseguimos sentir curiosidade por uma actividade, contemplar uma imagem ouvir uma música ou simplesmente rir. Hoje sei que são estas características que definem estas idosas e não as dificuldades subjacentes à sua doença.

Recordo-me de um dia estarmos numa reunião com este grupo e durante a sessão de relaxamento, pedi às utentes que fechassem os olhos e imaginassem uma situação calma de paz profunda e deixar os músculos descontraído e desfrutar calmamente desse momento. De repente uma utente começou a rir e disse que não conseguia acalmar porque o intestino da companheira do lado não parava de fazer barulho. Este comentário causou uma risada nas restantes utentes, fazendo rir também a companheira do lado. Foi com pequenos momentos como estes que percebi que antes de existir uma doença existem mulheres capazes de rir, de sentir, de perceber e sobretudo, de viver. Foram momentos pequenos como estes, de riso e de humor – um riso autêntico, de satisfação

que me permitiram entender o quanto nós, as estagiárias, podemos ser autênticos da felicidade e do bem-estar destas utentes.

6.4 O Grupo Psicopedagógico (GPP II)

As utentes que integravam o GPP II eram maioritariamente autónomas, com patologias do espectro da neurose e da psicose, porém não evidenciavam défices cognitivos acentuados. Actividade envolvia maior complexidade; reflexão conjunta acerca de factos passados, vivências e sentimentos; discussão e debate de temas pertinentes da actualidade ou outros propostos que suscitem o interesse das participantes; avaliação das festas, comemorações e actividades existentes no centro (sempre na sessão seguinte à existência do evento); motivar para a leitura e participação no jornal do centro, assim como leitura e interpretação de histórias, fábulas ou passagens Bíblicas, fazendo paralelismo com situações vivenciais; momentos de descontração; curiosidades; relaxamento mensal.

Em suma: trata de utentes muito capacitadas no que respeita aos temas abordados nas reuniões, todas elas sentiam uma grande necessidade de se manterem actualizadas quanto aos principais eventos da sociedade, pelo que foram sempre muitíssimo participativas e críticas nas suas intervenções, aspecto que era reforçado e promovido.

A maior aprendizagem que fiz com este grupo foi que envelhecer é escrever uma história no tempo, a *nossa* história. Sobretudo aprendi que devemos ter muito prazer em viver essa história e o dobro do prazer em contá-la.

A par das actividades referidas, também participei em actividades promovidas pelo Centro tais como: festa de carnaval, Celebração da Páscoa, comemoração do dia de

São Bento Menni, festas de aniversários, Actividade em Bombarral com as utentes e festa dos afectos (dia dos avós).

Após cada sessão, a psicóloga orientadora tinha o cuidado de reflectir connosco os aspectos mais relevantes de cada sessão. A orientadora promoveu também nesse âmbito reuniões de supervisão, durante as quais cada estagiária de psicologia expunha os casos que acompanhava, aspecto que foi fundamental para a melhoria do meu desempenho.

6.5 Participação em reuniões de Grupo Psico – Educativos para famílias (GPF)

Os grupos Psico-Educativos para Famílias constituem um projecto desenvolvido pelo Serviço de Psicologia no qual participei durante todo o período de estágio. Estes grupos destinam-se aos familiares, amigos e/ou cuidadores de idosos, sendo um projecto aberto à comunidade. Contudo, os participantes que integravam estes grupos eram na sua totalidades familiares de utentes e voluntários do Centro.

As reuniões dos GPF, que são coordenadas pelo Serviço de Psicologia, decorriam na primeira segunda-feira de cada mês e durava cerca de 1h30mn, entre as 15h30m e as 17h, estando dividido em dois momentos: o primeiro momento de exposição teórica sobre um tema no âmbito da Psicogeriatria e um segundo momento de debate e partilha de opiniões, ideias e experiencias pessoais relacionadas com o tema apresentado (em Anexo G).

Estes grupos Psico-Educativos para Famílias integram a denominada abordagem psicoeducativo, a qual é marcada pela dupla valência educativa e de suporte. Tal como referem Chiquello, Eusébio e Sousa (2007) a vertente educativa oferece informação sobre a doença; a etiologia, os sintomas e a evolução da mesma, de modo a que pacientes e familiares possam antecipar disrupções e mudanças no estilo de vida

visando aumentar a capacidade dos cuidadores para gerirem essas transições. A vertente de suporte propõe dar orientações para reduzir o stresse resultante do impacto da doença, ajudando na ventilação de emoções e resolução de problemas. Assim, os objectivos deste projecto em vigor no Centro, estipulados pelo Serviço de Psicologia, são os seguintes:

- Esclarecer o familiar relativamente ao diagnóstico; - Proporcionar espaço para a partilha de situações e questões práticas relativas à doença, assim como de sentimentos e angústias; - Apoiar a família no planeamento de estratégias adequadas para um melhor tratamento.

Foi muito importante para mim participar neste grupo e tenho de salientar que o que mais me impressionou nestes grupos foi, sobretudo, a grande confiança e união entre os seus membros, que se traduziu pelo facto de nas sessões os familiares relatarem experiencias pessoais com elevado nível de intimidade, sem ser julgados ou criticados (o que é reforçado pelo contracto psicológico entre o grupo que apela à confidencialidade das sessões). Ao longo dos anos em que estas reuniões têm ocorrido, estes familiares e voluntários criaram laços de amizade fortes, sendo capazes de partilharem vivencias e de se ajudarem mutuamente.

7. Apresentação Clínica de estudo de Caso de acompanhamento

7.1 Estudo de caso I (D.T)

Este caso foi acompanhado desde 31 de Janeiro de 2011 a 2 de Junho de 2011, o nome foi ficticiamente atribuído numa tentativa de salvaguardar a verdadeira identidade da paciente.

Neste sub-capítulo serão evidenciados os aspectos mais relevantes no que respeita à utente D.T. assim, numa primeira instância será realizada uma breve anamnese, posteriormente à sua história clínica, segue-se a avaliação realizada em contexto de acompanhamento psicológico, por fim, ressaltam-se os objectivos do acompanhamento, bem como o seu desenvolvimento e o seu término.

No âmbito da anamnese:

A D.T, é uma utente de 83 anos (ano de nascimento 1928), raça caucasiana, internada no centro desde Novembro de 2008, tendo-lhe sido diagnosticada com doença oncológica (Cancro Colorrectal), Parkinson e necessita de apoio e assistência médica.

Nasceu a 20 de Novembro de 1928, na Praia da Luz (Lagos), terra onde viveu a sua infância e mocidade, que caracteriza por terem sido muito boas e repletas de tempos felizes. O seu grau de instrução é elevado, terminou o curso de Industrial e tem formação ao nível do ensino básico (professora), contudo nunca exerceu esta profissão, já que da primeira vez que entrou no concurso público dos professores não ficou colocada. Nunca mais se inscreveu em concursos. A utente refere esta situação como sendo “*a minha primeira situação traumática*”. Começou por trabalhar na empresa de um dos irmãos; exercia a função de chefe de contabilidade. Afirma que este trabalho exigia mentalmente um grande esforço, na medida em que todas as semanas tinha de elaborar os ordenados dos trabalhadores (± 100), assim “*estava sempre com os números*

em mente”. Foi muito desgastante para ela e afectou as suas capacidades cognitivas. Atribui as suas falhas de memória à exigência de tal trabalho. Passados alguns anos mudou de emprego, indo para o Tribunal de Contas exercer, praticamente, as mesmas funções do antigo emprego. Reformou-se por invalidez, em consequência da doença.

Quanto ao seu agregado familiar, viveu com os pais e irmãos na Praia da Luz até aos seus 6 anos, depois mudaram-se todos para o centro de Lago, local onde permaneceu até aos seus 16 anos. Com esta idade muda-se para Lisboa, onde já se encontrava a viver o seu irmão mais velho. Foi viver com ele para acabar os seus estudos, ficou na capital até aos dias de hoje. Diz sentir saudades dos dias que passava na praia com os irmãos. Quando acabava as aulas, passavam os dias na praia de manhã à noite. O pai era funcionário público e considera-o um excelente pai, muito presente e sempre atento às necessidades e problemas dos filhos, apesar de trabalhar muito. Ao falar do pai nota-se em D.T um “expressão facial muito fechada e um olhar triste”.

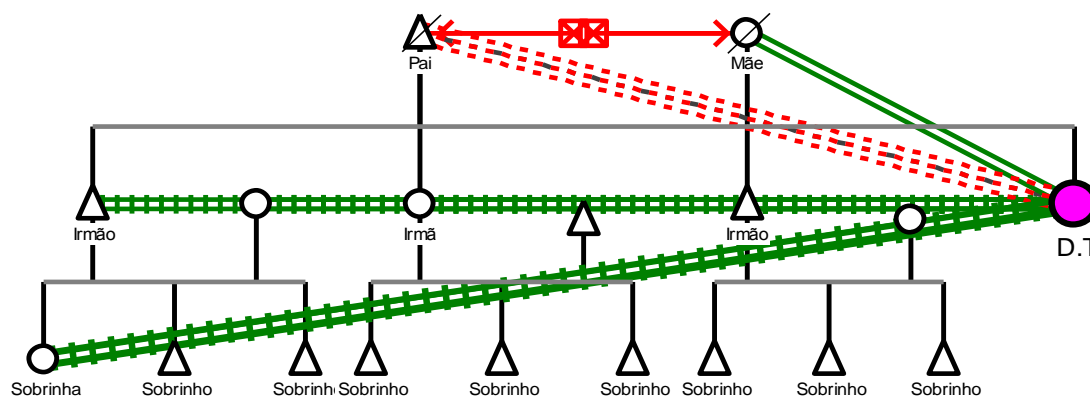
Como o pai tinha um bom ordenado, viviam todos desafogadamente numa casa “*enorme, tinha 13 assoalhadas, parecia um palacete*”, nunca lhes faltou nada e sempre tiveram a hipótese de viajar muito. Lembra que mesmo depois de ter vindo para Lisboa, era normal a família juntar-se toda na casa de Lagos para passar férias, em pleno mês de Agosto. Isto aconteceu mesmo depois de os irmãos terem casado, “*era uma espécie de ponto de encontro*”.

A mãe era doméstica, não precisava de trabalhar, porque o pai ganhava muito bem. A mãe tomava conta da casa e dos filhos. D.T realça que a mãe era uma pessoa muito moderna e como tal, não era muito rígida e severa com os filhos ao contrário do pai (autoritário, severo, rígido), insistiam na questão dos estudos e das boas maneiras.

D.T nunca casou, não quis falar muito sobre este facto, apenas disse que não era nenhuma virgem, apenas “*nunca se proporcionou o casamento, estava bem sozinha*”,

consequentemente, tinha muito tempo para viajar que é algo que adora fazer, já não o faz devido à doença. Afirmar ter viajado pelo mundo inteiro, enumerando vários países e terras, era algo que a preenchia e deixava feliz.

Genograma:



Relativamente à sua história familiar, é de salientar o facto de a sua família estar “marcada” pela doença oncológica: seus pais, dois tios e alguns primos (não sabe ao certo quantos) morreram devido à doença, como tal, conhece bem a doença e o sofrimento que lhe está subjacente. Não tem conhecimento que haja na sua família pessoas com perturbações mentais.

Não sabe muito sobre a sua história pessoal, apenas que foi uma bebé de termo com um desenvolvimento infantil normal. Como, já foi dito anteriormente, quando era criança a utente mudou de vila e, consequentemente, mudou de escola primária. Afirmar que os seus estudos nunca foram afectados por estas mudanças, sempre foi uma aluna empenhada e com boas notas. Refere-se à sua adolescência como muito boa, andava sempre na companhia dos irmãos, iam a bailes, ao cinema, mas nunca dançava com estranhos, só com os irmãos. Diz que, naquela altura, ficava mal uma rapariga dançar com outros homens sem ser o pai ou os irmãos. No que respeita à menarca, não se lembra que idade tinha quando surgiu, mas lembra-se que a mãe lhe explicou todas as mudanças corporais que aconteciam no corpo de uma mulher, tendo sido a sua reacção normal.

Actualmente, tem cuidados com a alimentação, uma vez que o seu organismo não suporta comida muito pesadas, come tudo triturado à base de sopa, grelhados e frutas. Há alguns anos atrás, era vegetariana e dava-se muito bem com aquele estilo de vida, todavia, foi aconselhada pelo médico a abandonar esta “dieta”, por causa dos seus problemas de saúde. No âmbito da perturbação do sono recorre que toma a medicação para dormir.

D.T tem um vasto historial de problemas de saúde, quando jovem foi operada à tiróide e aos intestinos; anos mais tarde foi-lhe diagnosticado cancro do útero, tendo sido operada e como o tumor estava localizado não foi necessário recorrer à quimioterapia; há dois anos diagnosticaram-lhe osteoporose, que actualmente lhe provoca imensas dores; sofre de uma anemia grave há alguns anos (não sabe ao certo quantos, mas deve ser há três ou quatro anos) e do cancro Colorrectal.

Durante a entrevista, D.T mostrou-se muito à vontade e totalmente cooperante, com excepção da parte afectiva da sua vida, foi evidente que é algo que não gosta de abordar, apesar de dizer que não tem qualquer problema em falar de si. Tem uma boa aparência física, gosta de se vestir bem. À medida que as perguntas iam sendo feitas a utente encadeava-as com temas que a própria queria abordar, contudo, mostrou-se muita estática e mantinha o seu olhar (um pouco abatido) longe do meu. O seu discurso foi coerente, claro e organizado, denota-se ser uma pessoa com estudos e muito bem-educada. Não foram registados comportamentos anormais, por exemplo tiques.

Foi referenciada para a consulta de psicologia por evidenciar humor deprimido. O pedido latente relaciona-se com o processo de luto decorrente do cancro Colorrectal e o “vazio” interior sentido pela utente.

Sessão de Avaliação Neuropsicológica.

Na sequência do acompanhamento, foram aplicados os instrumentos de avaliação que se seguem em Anexo H: MMSE, CDT, EADA, GDS e Rorschach. O MMSE e a CDT foram aplicados na sessão (7/2/2011). Foi efectuada uma avaliação neuropsicológica à utente, na medida em que, esta havia se queixado bastante de falhas mnésicas.

Segundo D.T, estas falhas não são normais no seu funcionamento e estavam a desencadear alguma ansiedade e preocupação.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

MMSE – a utente obteve 29 pontos (sendo o máximo 30 pontos), registando-se uma falha na prova de capacidade construtiva. O resultado obtido não remete para qualquer deterioração da função cognitiva.

CDT – a utente obteve a pontuação máxima de 9 pontos, que nos indica uma função cognitiva normal. Assim, o CDT confirma o resultado obtido no MMSE.

20/3/2011 - A EADA (Escola de avaliação da doença de Alzheimer) permite avaliar o nível de deterioração cognitiva em diversos campos e, ainda, avalia o desempenho do sujeito em áreas comportamentais (prova não-cognitiva). Este instrumento usa-se não apenas em doentes de Alzheimer, é um bom teste para a população adulta, já que permite identificar as áreas cognitivas que estão em falha.

EADA – na prova cognitiva a utente obteve uma pontuação de 2 pontos, tendo-se registado falhas na prova de evocação de palavras (com 2 respostas erradas, não remetendo para défice cognitivo), na prova de capacidade construtiva (dificuldade em desenhar o cubo) e na prova de reconhecimento de palavras (com 0 respostas incorrectas no entanto não remete para dificuldade do reconhecimento). A parte cognitiva a prova tem uma pontuação máxima de 55 pontos, pelo que os resultados

obtidos pela utente não indicam existência de deterioração cognitiva. As pequenas falhas observadas inserem-se no processo normal de envelhecimento.

Na prova não-cognitiva, a utente obteve 9 pontos, num máximo de 55 pontos, a utente apresenta sintomas depressivos moderadamente graves (4 pontos), verificando ainda um tremor ligeiro (2 pontos) e comportamento alimentar moderado (2 pontos).

A pontuação total da EADA foi de 11 pontos, o que não remete para deterioração cognitiva grave ou qualquer situação demencial.

Com esta avaliação foi possível verificar que existem de facto falhas mnésicas em D.T, mas estas são consequências do desenvolvimento do processo de envelhecimento. Com a idade, é normal haver uma diminuição da capacidade mnésica (Figueiredo, 2007). Após apreciação dos resultados, concluiu-se que de momento não era necessário integrar a utente no programa de estimulação cognitiva (Rehacom), tal hipótese poderia ser reconsiderada após uma reavaliação.

GDS – (28/3/2011) a utente obteve a pontuação de 21 pontos, que nos indica para uma depressão grave.

Posteriormente, foi divulgado e explicado, à utente, o resultado obtido na avaliação neuropsicológica, de modo a diminuir a ansiedade revelada, relativamente a esta questão.

Na sessão (5/5/2011) foi aplicada a D.T o teste projectivo Rorschach, com o intuito de se conhecer melhor a organização da sua personalidade, o seu funcionamento mental e o seu lado mais emocional, uma vez que na primeira sessão se denotou algumas fragilidades a nível emocional e afectivo. Este teste, foi escolhido pela grande informação que nos pode fornecer acerca da personalidade de uma pessoa e pelo seu grau de abrangência. Secundariamente, aplicar este teste, era uma grande mais-valia para mim, numa perspectiva de aumento de conhecimento e experiência.

Foi dada a instrução que se segue: “o que lhe vou mostrar são cartões em que há manchas de tinta. As pessoas vêem aqui coisas totalmente diferentes, é por isso que vou anotar o que me vai dizer. Olhe-os o tempo que quiser e como desejar. Não há respostas certas ou respostas más, diga tudo o que lhe vier ao espírito ao olhar para os cartões”.

De seguida, será exposta a análise qualitativa e quantitativa do protocolo do Rorschach em Anexo I da Tabela 6 – (Teste de *Protocolo de Rorschach*).

Síntese da Análise do Protocolo de Rorschach

Podemos concluir que existem fragilidades estruturais importantes, ao nível relacional, mas estas são escondidas por uma imagem de hipersocialização. É curioso a prancha III (remete para a relação) ser um dos que a D.T mais gostou (prova das escolhas), sendo que na abordagem ao mesmo, não conseguiu revelar-se uma relação clara nem dar conta da sua identidade subjectiva. A carapaça usada para dar a imagem de uma pessoa una, esconde uma problemática sobre a qual os mecanismos de defesa vão actuar.

Podemos verificar, na D.T, um funcionamento do tipo neurótico – obsessivo, já que faz uso (quase excessivo) de ruminações e minimizações: possui muitas dúvidas que se traduzem em recusas e em comentários subjectivos (críticas à qualidade das suas respostas); tem pensamento rígido e muito descritivo. Existindo, assim, uma sobrevalorização de pensamento sem haver acção.

Existe influência de um discurso descritivo da realidade extrínseca que permite, à D.T, o isolamento dos afectos e o seu próprio isolamento relacional. Constatase a presença de sentimentos depressivos, quer pela sua postura quer pela sua actuação na prova.

Depois das três sessões de aplicação da prova com a D.T (anamnese, avaliação neuropsicológica e avaliação psicológica), verificou-se que era importante fazer um acompanhamento psicológico individual a D.T, tendo em conta as suas fragilidades a nível social e pessoal. Assim, estabelecemos o contacto terapêutico: foi explicada à D.T que nos próximos meses iríamos desenvolver um trabalho terapêutico (acompanhamento psicológico) de 50 minutos semanais, onde a utente poderia falar de tudo aquilo que lhe ocorresse ou sentisse necessidade de falar, tendo sempre como finalidade perceber o seu melhor nível de bem-estar e equilíbrio emocional.

Plano Terapêutica.

Como *objectivos de intervenção* definiram-se os que se seguem:

Promover uma boa adaptação face ao processo de institucionalização; Diminuição dos sentimentos depressivos/ansiedade; Combater o isolamento social; Trabalhar o embotamento afectivo; Trabalhar as defesas e resistências à medida que estas forem surgindo; Promover a motivação para a participação nas diversas actividades do centro (ocupação pessoal); Reflexão conjunta (utente e psicóloga), com intuito de compreender algumas situações do dia-a-dia ou acontecimentos passados.

Para melhor compreensão e organização do acompanhamento desenvolvido com a D.T, este *pode ser dividido em três fases*:

- Fase inicial desenvolver a relação terapêutica;
- Fase depressiva (proporcionar espaço para expressão de sentimentos)
- Fase do término do acompanhamento

De seguida serão salientados os aspectos mais relevantes decorrentes do *desenvolvimento das sessões de acompanhamentos* (31-01-2011 a 02-06-2011).

Quanto ao desenvolvimento da *Relação terapêutica*, importa salientar que na primeira sessão a D.T evidenciava uma ansiedade extrema, referindo inclusivamente sentir um nó na garganta, que denota que a D.T estava extremamente angustiada, aspecto que se relacionava com a doença oncológica. Também a fase inicial do acompanhamento psicológico ficou marcada por comportamentos de desinteresse, apesar de anteriormente ter acordado o quanto seria benéfico para ela o desenvolvimento deste trabalho terapêutico, afirmando “*ser bom ter um espaço para conversar*”. Na primeira sessão, apesar de ter sido recordada da hora, não compareceu, tendo eu ido à sua procura e depois, encaminhado ao gabinete de psicologia. O mesmo sucedeu nas sessões seguintes, sendo que a D.T rapidamente pedia desculpa, dizendo “*não quero que pense que não quero vir ter consigo, não é nada disso ... esqueço-me do dia e da hora ... não é má vontade*”. Foi ainda notório, que durante as nossas sessões que não estava interessada no acompanhamento psicológico, já que me interrogava muitas vezes sobre o que estava ali a fazer, como se achasse que não precisava de apoio psicológico. Foi novamente esclarecido o porquê do seu acompanhamento psicológico, a partir daqui esta questão nunca mais foi colocada pela D.T.

Poderíamos pensar que estas situações significariam uma total recusa ao processo terapêutico, porém podem apenas traduzir o seu medo de se confrontar (fuga) com situações que lhe são ansiogénicas e/ ou perturbadoras.

As primeiras sessões (após o estabelecimento do contrato terapêutico) ficaram marcadas pela postura rígida da utente (sentava-se muito direita na cadeira e com as mãos sobre as pernas), pelo seu discurso socialmente correcto (muito intelectualizado) e pelo evitar de cruzar o seu olhar com o meu, demonstrando as suas dificuldades de se relacionar com o outro.

D.T adoptou uma postura de quase passividade às questões que lhe eram colocadas, não tendo a iniciativa de lançar um assunto ou situação para o espaço terapêutico. Para que falasse de si, tinha de ser interrogada, senão começava a falar de assuntos sem relação directa com ela. Apesar deste senão, conseguimos estabelecer um diálogo (que fosse confortável para ela), que posteriormente, veio ser a base da relação de confiança criada. A D.T confirmou a confiança que sentia naquele espaço, que era só seu, quando dizia *“só lhe conto isto a si ... nunca disse isto a ninguém ... o que eu digo aqui não sai daqui, pois não? ... só o digo aqui”*.

Durante o estabelecimento da relação foram reveladas, pela D.T, vários problemas que lhe provocam grandes sentimentos de ansiedade e insegurança e outros de grande indignação e raiva que, conseqüentemente, a levam ao isolamento social. Primeiro, os sentimentos de ansiedade e insegurança advêm do seu estado de saúde: tem dores *“insuportáveis”* nos ossos (devido à osteoporose que lhe foi diagnosticada à alguns anos atrás) e por ter muitas dificuldades em defecar (devido ao cancro Colorrectal), o que também lhe provoca muitas dores, enjoos e náuseas. Em segundo, revela necessidade de isolar das pessoas: como tem muitas dores e, muitas vezes, sente-se mal disposta, não quer estar com ninguém, preferindo recolher-se a sítios da instituição mais *“escondidos”*, onde a movimentação de pessoa seja quase nula. Revela ainda, que deixou de fazer *crochet* (Actividade da Terapia ocupacional) e que, segundo a própria, era a actividade que lhe dava mais prazer, afirmando não ter disposição para tal. Desta forma, revelou os seus primeiros sentimentos depressivos, ansiogénicos e de isolamento. A minha intervenção passou, por reflectir com D.T que, embora pudesse não ter disposição para realizar as tarefas que lhe eram propostas, era bom para ela, pelo menos fazer um pouco de *crochet* (actividade preferida). Assim, descontraía e relaxava um pouco, deixando por momentos de pensar (e sentir) nos seus problemas de saúde,

que tanto a perturbam. Quanto aos sentimentos depressivos e ansiedade, expressos por D.T (todos relativos à sua saúde), tentou-se clarificar alguns aspectos relativos à doença oncológica e sobre as consequências que esta exerce no doente.

Quanto aos sentimentos de indignação e raiva, este relacionam-se com a sua colega da reunião de grupo Psicopedagógico: mantém um relacionamento um pouco conturbado, segundo a utente, a sua colega faz comentários acerca da sua saúde que são experienciados por D.T como inapropriados e adopta certos comportamentos, os quais considera serem má educação, durante a sessão inúmera várias situações com as quais não ficou satisfeita com a colega (ao falar disto o seu olhar e expressão facial tornam-se um pouco hostis). Afirma que mantém com a colega uma relação de cordialidade, pois não é mal-educada e não vai deixar de a cumprimentar. Este assunto foi novamente abordado por D.T na sessão seguinte, é de salientar que ao falar da colega, a utente reage um pouco agressivamente, colocando as culpas na sua colega, sem sequer ponderar que poderá ter feito algo para que a colega tenha tais comportamentos.

Numa sessão seguinte, D.T apresentou-se muito bem-disposta e mais alegre, começando por dizer que em termos de saúde estava a viver uma fase boa da doença, o seu apetite tinha voltado, logo andava a alimentar-se mais e melhor (*“tenho o quarto cheio de bolacha e dois pasteis de natas”*) e sem ficar mal-disposta posteriormente às refeições. Ficou claro, que a D.T estava mais descontraída e muito menos ansiosa.

Fez questão de revelar que se tem esforçado em participar mais activamente nas actividades do centro (realiza crochet, ginástica e por períodos mais longo ao normal e participar no jornal do centro), o que a tem deixado orgulhosa de si mesmo. Resolvi, nesta altura, reforçar positivamente o seu comportamento pró-activo e a sua nova forma de encarar os seus problemas.

Ao inteirar-se quanto às visitas que recebe, responde dizendo que tem recebido várias visitas (irmã e sobrinha) e que se tem sentido bem na companhia de outros e que gosta que a visitem. Apesar de ter receio de que os seus visitantes achem que ela não quer que eles a visitem, uma vez que nos últimos tempos havia pedido para que não a visitassem (devido à sua situação debilitada de saúde). D.T comenta esta situação, dizendo que se a visitam é porque se preocupam com ela e que isso “*é algo de bom*”. Surge aqui uma atitude de valorização narcísica, e nesta altura D.T deixou transparecer alguns sentimentos de ambivalência: por vezes não quer que a visitem porque não tem disposição para tal mas ao mesmo tempo, precisa que a visitem para que possa obter a valorização de que necessita.

No que respeita ainda às visitas, a D.T falou muito da sua sobrinha: é a pessoa a quem mais está ligada emocionalmente (vê-se um brilho nos seus olhos ao falar da sobrinha, chegando a sorrir várias vezes quando fala dela), tem ajudado muito nesta fase da institucionalização, sendo que é ela que neste momento toma conta dos seus bens (dinheiro e casa). A D.T nesta fase da sua vida confiou tudo o que lhe pertence a esta sobrinha. Inclusive revela (dando a ênfase a que só a mim é que me revelou este facto) que já fez o seu testamento e, este é totalmente a favor da sobrinha. Ora, daqui podem-se retirar algumas considerações: a utente tem uma família numerosa (três irmãos vivos e vários sobrinhos e, segundo ela, dá-se bem e gosta muito de todos), mas apenas com esta sobrinha parece ter conseguido manter uma relação mais próxima e funcional, o que poderá demonstrar mais uma vez, a sua enorme dificuldade de estabelecer relações próximas, até mesmo com os seus familiares, ou seja, esta problemática é algo que advém de há muito tempo.

Neste ponto, a minha intervenção centrou-se em torno da reflexão de que é bom desfrutarmos da companhia de quem gostamos, até nos momentos em que estamos

“menos bem”, pois são nestes momentos em que os amigos e família se tornam cruciais para o nosso reequilíbrio emocional e psicológico. Nesta reflexão conjunta, D.T revelou uma atitude de interesse e de escuta activa.

Por sua vez, com o intuito de promover a relação terapêutica e com o intuito de contribuir para o bem-estar de D.T, algumas das sessões decorreram no terraço e no jardim, contemplando sempre o princípio da privacidade. Esta iniciativa foi muito apreciada pela D.T que poucas vezes tinha oportunidade de ir ao jardim, na sequência da sua mobilidade reduzida. Para além disso, esta medida contribuiu muitíssimo para uma evolução positiva da relação.

Fase depressiva.

Esta fase ficou marcada, pela presença de sintomas depressivos que em muito afectaram a forma de estar de D.T. desde o início desta fase até ao término das nossas sessões, os sentimentos depressivos estiveram sempre presentes na utente, o que muito dificultou o trabalho terapêutico.

As sessões são marcadas pelas queixas do agravamento da sua saúde, tornando-se repetitivas (refere as dores nos ossos e a dificuldade em defecar várias vezes por sessão), o que demonstra o lado mais obsessivo da sua personalidade. A questão de não conseguir defecar é algo que a aflige muito e que está sempre presente, deixando-a muito inquieta, para além das dores que tem de suportar.

Na sessão seguinte, os sentimentos depressivos tornaram-se mais visíveis, a começar pela postura (sentava de braços deitados para baixo, como se não tivesse força para os colocar em cima das pernas ou da cadeira e permanência imóvel durante toda a sessão) e olhar (visivelmente triste) de D.T. Esta revela “sinto uma tristeza dentro de mim”, explicando pela primeira vez o que sente, no seu mais íntimo. Ao ser confrontada

do motivo de tal tristeza, a D.T responde que tem muito medo do que o futuro lhe reserva (consequência do episódio do AVC da colega que a D.T presenciou e no qual afectou muito e descreve ainda com um terror “*ela ficou ali deitada no chão... com a língua de fora ... só tive tempo de chamar a auxiliar ... tenho tido pesadelos sobre isso*”). Quando questionada do porquê do seu incomodo, a D.T afirma que se sente assustada e com medo de que lhe aconteça o mesmo. Intercedi, numa tentativa de desdramatizar um pouco o cenário, verbalizando que era normal uma pessoa ficar comovida com tal situação, mas que não podemos considerar que tudo nos vai acontecer, particularmente uma coisa tão negativa. D. T continua a dizer o quanto tudo aquilo a impressionou, inclusive o facto de a sua colega estar de momento confinada à cama e uma cadeira de rodas numa situação clínica muito deteriorada. Chegando a questionar-se se o seu futuro não será bem pior que o da colega. D.T não consegue conceptualizar a ideia de que poderá necessitar de cadeira de rodas ou ficar limitada a uma cama, uma vez que devido ao cancro não consegue estar muitas horas seguidas sentada ou deitada, logo toda esta situação despoleta nela grandes níveis de ansiedade. Esta é uma situação sob a qual a utente não tem qualquer controlo e, logicamente, deixasse “levar” num estado de ansiedade que impede de ter um pensamento claro e conceptualizado sobre a realidade. Tudo o que a D.T não consegue controlar, provoca esta ligeira desorganização (física e psicológica).

Relativamente a este acontecimento com a colega, parece que a D.T pega em situações do dia-a-dia (relativas a terceiros) e as transpõe para si (introjecção), não sendo a primeira vez que tal acontece. Durante uma conversa, D.T havia mencionado que às vezes tinha de se ausentar da sala de estar (onde a maioria das utentes independentes do centro se encontram) porque não se sentia bem ao ver certas coisas que a incomodavam e impressionavam, por exemplo, presenciar colegas que falam

sozinhas e num discurso sem anexo (demência) ou mesmo ver alguns tiques das colegas (abandar a cabeça, abrir a boca várias vezes por minuto). Quando lhe perguntei a causa de tal desconforto, D.T simplesmente respondeu que aquilo era algo queria para ela, daí o seu afastamento. Como a D.T não consegue lidar com estas questões que a deixam mais fragilizada e que são potencialmente perturbadoras, a sua única saída é a fuga e a não confrontação com tal situação. O mesmo aconteceu com uma colega na sala, desde que sofreu um acidente (queda) que a D.T a evita (presenciei uma situação em que a utente se fechou os olhos e virou a cara para trás, pois a sua colega vinha em direcção a ela no bar), pois não consegue enfrentar a imagem da pessoa dependente, não consegue confrontar-se com o seu grande medo e com os sentimentos que lhes estão subjacentes.

Sessão posterior, D.T surge com um comportamento muito agitado (não parava quieta com os braços e a bengala), parecia que executava comportamentos estereotipados e repetitivos: levava as mãos a cara e batia muito com a bengala no chão e no pé da cadeira. Estes comportamentos contrastavam com o seu ar abatido e triste. Ao tentar conhecer as causas deste comportamento, D.T revela que a sua saúde está cada vez pior, não tem tido vontade de participar nas actividades do centro e muito menos tem disposição para falar e visitas, sendo que tem dito aos familiares para não se deslocarem ao centro. Diz que tudo incómoda (as pessoas e o barulho), ficando com náuseas e enjoos, *“só quero estar sozinha e sossegada no meu canto longe de tudo e de todos”*. Ao aprofundar um pouco mais a origem da sua tristeza, voltamos ao ponto da sua situação clínica: cada vez mais debilitada fisicamente, visivelmente mais magra, sempre com dores nos ossos e nos intestinos e a enorme dificuldade em defecar. A sua silhueta mais magra é outra situação que origina sentimentos depressivos, uma vez que não gosta da sua imagem corporal e não gosta de passar aquela imagem aos outros.

Surge aqui, a carapaça social que lhe permite transmitir aos outros uma imagem que realmente não existe.

Numa tentativa de aniquilar estes sentimentos depressivos, incentivei a utente a ser mais optimista em relação a si mesma, clarificando o facto de a utente pensar (obsessivamente) que pior lhe vai acontecer. Pensando exclusivamente no mau, a utente irá permanecer naquele estado depressivo e ansiedade, se tentar mudar e pensar de forma diferente (mais positivamente), poderá aliviar um pouco a tristeza que carrega consigo, dando menos importância a factos da sua vida sobre os quais não tem total domínio, por exemplo, a sua perda de peso (natural quando se é doente oncológico).

A par da situação de saúde surge a temática da sua casa, também como gerador de depressão e sentimentos de culpa. Já anteriormente, D.T havia mencionado a sua casa e, inclusivamente, explicou como foi a sua mudança de casa para o centro, no entanto nunca antes havia falado tão amargurada sobre a sua casa. Assim, revelou que *“abandonei as minhas coisas...deixei-as lá”*, e devido a isso não consegue voltar a casa, nem quer lá voltar. Novamente, surge uma fuga a uma situação que a coloca numa situação desconfortável e desencadeadora de sentimentos de culpa e depressivos (*“nem sequer tapei as minhas coisas com lençol...abandonei-as”*). Faz um levantamento das coisas valiosas que tem guardadas na sua casa, através de uma descrição exausta dos seus pertences, no entanto, deixei a utente seguir com seu pensamento e acção uma vez que notei que estava a tirar algum prazer daquela conversa, revelando-se menos ansiosa.

Foi notório que gosta de falar da vida que levava há anos atrás, antes de a doença estar tão avançada, é algo que lhe dá prazer e que de certa forma a valoriza. Nesta sessão sobressaíram as valorizações de si.

Encontramos numa fase em que a cada nova sessão, a utente manifesta algo diferente de forma a justificar o seu estado de ansiedade e depressivo. Numa sessão,

afirma que suspeita sofrer de Alzheimer, já que tem tido muitas falhas de memória. Contudo esta nova situação provoca, mais uma vez grandes níveis de ansiedade em D.T, demonstrando novamente comportamentos de introjecção. Intervim, explicando que as falhas mnésicas são normais mediante a sua idade e que não devia dar tanta importância.

Noutra sessão, a sua preocupação e ansiedade resultavam de não andar a dormir bem. Esta dificuldade de sono era devido a duas situações diferentes: primeiro, porque não recebeu a visita da sobrinha no qual mantêm uma boa relação de confiança e amizade, e desde que assinou o testamento em nome dela as visitas sofreram algumas alterações (*“a minha sobrinha vem poucas me ver ... será que está cansada de mim ou é porque já tem o testamento em nome dela”*). Por outro lado, não consegue dormir bem porque só tinha em mente a sua casa e a forma como abandonou as suas coisas (pensamentos ruminantes). A minha intervenção passou pela diminuição do seu sentimento de culpa, relativamente à sua casa, passando-lhe a ideia de que quando veio para o centro e teve de deixar a sua casa, D.T tinha feito o que achou melhor e o que estava de acordo com as suas possibilidades. Quanto à sua sobrinha tentei explicar, que poderia haver dias em que a sua sobrinha não teria disponibilidade para a vir visitar, mas que isso não seria desapego da parte dela, perante isto a D.T percebeu aparentemente a situação.

Fase de Termino do Acompanhamento Psicológico

Considero que esta fase se iniciou a 4 sessões do fim do acompanhamento psicológico a D.T, aquando da minha primeira abordagem sobre a chegada do fim do nosso trabalho terapêutico. D.T reagiu bem à notícia, não demonstrando problemas maiores a não ser *“a S.^a passa aqui para me ver”*.

Notou-se claramente que no término de acompanhamento, a D.T, apreciou e considerou benéfico o acompanhamento, pelo que mencionou: “gostei muito de a ter conhecido. Foi muito bom poder falar consigo ao longo destas semanas. Fez-me muito bem”.

Na fase inicial do acompanhamento se optou pelo recurso a técnicas como a compreensão e a reformulação, todavia numa fase mais próxima do término do acompanhamento, a relação já estava coesa o suficiente para a utilização da técnica de confronto.

A importância do acompanhamento da D.T passou também pelo facto de ter sido proporcionado espaço para a expressão de sentimentos inerentes à doença do cancro. Conforme foi referido no enquadramento teórico do caso clínico, o aparecimento de um tumor cancerígeno em qualquer parte do corpo provoca uma reacção emocional muito forte, e a lesão por si só, já tem uma carga emocional bastante pesada.

A utente nestas sessões revelou o aumento da deterioração da saúde e do quanto necessita de ajuda de terceiros. Confrontei-a com esta nova necessidade com a sua necessidade de isolamento, D.T respondeu confirmando que só se afasta porque se sente melhor no silêncio. Comentei, numa tentativa de reflexão conjunta, que estando sozinha não recebe a ajuda de que precisa, sendo necessário ela estar disponível e aberta à relação e à inter-ajuda das suas colegas, bem como das auxiliares do centro. D.T apenas concordou com a cabeça.

Na penúltima e última sessão conjunta, D.T surge abatida e triste, como tem sido normal, e revela não estar ser capaz de lidar com toda a sua situação (depressão, doença oncológica, osteoporose), o que provoca muita ansiedade e tristeza. Afirma já não possuir capacidades de lutar contra tudo o que lhe acontece. Manifesta em D.T um pensamento bem claro e organizado acerca da sua situação clínica, percebendo que

perdeu o controlo (o que coloca numa posição muito frágil). A utente afirma “*estar farta de viver e de sofrer...já chega!*”, sendo este o primeiro momento (em todas as nossas sessões) em que demonstra tão claramente o desejo de morte. Ao ser confrontada com este seu desejo, D.T encara-o dizendo “*não tenho mais meios para combater tudo isto, tudo o que podia fazer já fiz*”, de seguida começa a chorar. A minha reacção foi de tranquilizar D.T, mas respeitando a sua vontade e/ou necessidade de chorar dando-lhe espaço e tempo para tal. Tentei novamente, abordar a questão da morte, mas D.T rapidamente mudou de assunto: levou a conversa para uma temática que lhe proporcionava mais segurança e lhe era mais confortável (a visita da sobrinha no dia anterior). Esta foi mais uma situação onde a utente tenta encarar as suas angústias, mas ao primeiro toque com elas, foge para bem longe, procurando uma outra situação bem mais confortável e contentora.

Volta a ruminar sobre as suas inúmeras dores nos ossos e intestinos e a agravar esta situação, junta-se o facto de lhe ter sido retirado o medicamento que combatia as dores nos ossos, devido à sua probabilidade de habituação e dependência, que alias me parece que existe em D.T há já algum tempo. O facto de não ter os comprimidos ao seu dispor, deixa-a indignada e contrariada, achando que ninguém a compreende e que devem querer o seu mal. Logo, corriji-a deixando claro que tudo o que é feito é exclusivamente a pensar no seu bem-estar. Mesmo assim, a utente não ficou segura e permaneceu revoltada.

Chegando à nossa última sessão, expliquei a DT que a partir daquele dia, iria ser seguida pela Dr.^a Paula, numa hora e dia a combinarem. A utente agradeceu a minha disponibilidade e delicadeza e afirma ficar contente de puder continuar a ter um espaço só dela, onde pode conversar com alguém. Houve ainda tempo de se abordarem algumas questões, claro que D.T remeteu tudo para a sua débil saúde física,

demonstrando labilidade emocional ao chorar em dois momentos: quando fala das dores que tem e do quanto é incompreendida pelos enfermeiros do centro, achando que só lhe querem mal e ao abordar novamente a sua vontade de desistir de lutar e morrer. Afirma ter perdido, com o surgimento do tumor, a liberdade de que tanto gostava e prezava e afirma estar cansada de sofrer.

Quase no fim da sessão tentou-se fazer uma análise do trabalho desenvolvido ao longo das nossas sessões, mas a utente não se mostrou muito interessada e disponível para tal, afirmando estar com muitas dores e a precisar de ir descansar para o quarto. É novamente uma fuga por parte de D.T, como já se tinha confrontado com a angústia de morte nesta sessão, é quase que como “por hoje já chega”.

Porém, fiz questão de comunicar à utente que tinha feito progressos relativamente ao deixar emergir e transparecer os seus afectos e angustias mais profundas (no início era totalmente impossível para D.T), no espaço terapêutico. Reforcei positivamente o seu esforço em exprimir sentimentos, ao invés de os inflectir e negar.

Síntese do acompanhamento psicológico

Devo afirmar que o trabalho com D.T não foi uma tarefa fácil, sendo que houve momentos em que me senti desmotivada, achando que o meu trabalho não valia a pena, já que a utente se mostrava desinteressada, apesar de conseguir identificar as suas fragilidades e de afirmar que as queria mudar. Apesar disto tudo e com a evolução da nossa relação, investi na utente, sempre mostrando que estava ali para a ajudar e apoiar.

Contudo qualquer que fosse a minha intervenção, esta tinha apenas um “efeito” no momento, acalmando e tranquilizando a utente. De sessão para sessão, D.T apresentava os mesmos problemas e sentimentos, o que mudava era a situação geradora

de angústia. Por vezes, foi claro a necessidade que D.T tinha de ser ouvida e contida, tendo alguém que averiguasse que realmente ela “não se encontrava bem” (muito centrada em si e querendo as atenções para si).

Numa situação de acompanhamento psicológico pretende-se, essencialmente, manter ou estabelecer o nível de funcionamento prévio do indivíduo e a eliminação/minimização de sintomas que desencadeiem situações experienciadas de forma patológica (provocadoras de sofrimento). Ora com a utente em questão, esta finalidade parece-me quase impossível de atingir, primeiramente, porque estamos a falar de uma pessoa idosa e, em segundo lugar, devido ao funcionamento mental da mesma. O seu quadro neurótico-obsessivo impossibilita-a de fortalecer as defesas existentes de forma a reforçar os seus aspectos sadios, resolvendo os seus conflitos.

As debilidades manifestadas pela utente não surgiram recentemente, já vêm de algumas anos atrás, sendo notório que não houve um aumento dramático dos seus níveis de ansiedade, houve sim um agravamento crescente do estado emocional de D.T.

O estado depressivo da utente caracteriza-se pela existência de sentimentos de melancolia, fadiga e ansiedade, associados a queixas somáticas funcionais. A somatização acontece devido à presença de uma situação conflitual, descrita por uma causalidade circular entre funcionamento e relacional: *”A somatização permanece função de uma situação de impasse entendendo-se este como a impossibilidade de resolução de conflitos relacionais externos e internos”* (Agostinho, 2000).

Quanto ao seu quadro emocional, a utente não consegue mobilizar recursos que a auxiliam a enfrentar situações potencialmente perturbadoras (emergência do conflito). Os seus sentimentos são controlados pela sua forma de estar muito rígida e pelo surgimento de defesas como isolamento social e afectivo (não se dando numa relação e não demonstrando qualquer tipo de emoção), a fuga (aos conflitos que lhe são

perturbadores, como, o desejo de morte, o seu lado mais íntimo, etc.), a projecção (quando se refere às colegas sentadas na sala, estas lhe provocam mau estar, não gostando dela) e pela intelectualização (uma constante na utente, por exemplo, quando fala de temas de forma a revelar a sua vasta cultura ou quando glorifica os bens que possui). É de realçar que a defesa que mais se verifica na utente é o isolamento, sendo este, segundo Chabert (2003), o quantum do afecto, nas neuroses obsessivas, é deslocado da representação patogénica, ligada à experiência traumática, para uma outra representação insignificante para o sujeito. O isolamento está presente e é conhecido como uma defesa, traduzido pela separação da representação insuportável do seu afecto.

Quanto à sua estrutura ansiosa, esta toma características demasiado intensas e reflecte no organismo da própria de forma psicossomática. O seu grande nível de ansiedade é a expressão do medo patológico existente em D.T, sendo este manifestado pelas diversas introjecções e projecções (todas negativas) e pelo surgimento da angústia de morte. Segundo Fonseca (1998), é a síndrome de angústia que impregna de sentimentos de modo e de incapacidade, que a leva à insegurança extrema. Para Sami – Ali (1989, citado Por Agostinho, 2000), não existe um isolamento do psíquico ao somático, mas existe sim uma correlação positiva/negativa entre o imaginário e a somatização.

DT demonstra ser uma pessoa que possui grandes carências afectivas, o que a impossibilita de assumir e manter relações próximas e íntimas, adoptando uma atitude crítica e descritiva da realidade sem haver qualquer expressão afectiva (por exemplo, aquando da iniciação do trabalho terapêutico, a utente era incapaz de cruzar o seu olhar com o meu). Esta atitude da utente, sempre defensiva não deixando espaço para um investimento mais profundo ou pessoal, poderá representar a sua boa adaptação

perceptiva, (adequada à realidade), no entanto, deixa a claro que existe uma luta contra a emergência da realidade interna.

Durante o processo terapêutico, D.T mostrou uma perseverança de temas abordados (ruminação muito própria do seu funcionamento mental), pelo que foi impossível abordar um variado leque de situações. Os temas trazidos pela utente eram sempre os mesmos (revelador do seu carácter obsessivo): debilitada saúde com varias queixas somáticas, relações conturbadas com colegas, desmotivação e desinteresse em efectuar qualquer actividade e o enorme sentimento de culpa relativamente ao abandono de sua casa. Isto poderá estar relacionado com a vertente mais narcisista da utente, uma vez que esta atesta estar muito centrada em si, deixando de lado tudo o que venha do exterior, numa posição de hostilidade e de clara falta de capacidade par diferir os afectos. Logo o que sobressai em D.T é o seu evitamento do contacto.

Podemos, ainda, verificar que existem défices na representação de si (identidade e identificação), que se tornam visíveis pela carapaça social erigida por D.T. Esta carapaça (passar uma imagem aos outros que não existe) advêm da sua necessidade de evitar o contacto autêntico e a relação verdadeira. Embora, a utente (superficialmente) pareça uma pessoa íntegra e dotado de capacidades integradoras, estamos perante uma identidade muito frágil, sobre a qual a utente não deseja revelar as suas debilidades. *“Algo perturbador no clima relacional estará na origem da perda da identidade conseguida que se traduz numa incerteza quanto à identidade de si e do outro, instalando-se (...) um sistema relacional onde, através de um processo de elaboração em que intervem a projecção, a identificação e a idealização, somente se verifica a percepção do idêntico”* (Agostinho, 2000).

Outro ponto fulcral da utente é a sua fuga perante situações que lhe são perturbadoras, muito patente na ligeira abordagem à angústia de morte, revelando, mais

uma vez, o seu medo de perder o controlo (este é essencial para a sobrevivência funcional de D.T). Esta perda de controlo despoleta níveis elevados de ansiedade e de sentimentos depressivos, em que em muito dificultam uma adaptação à realidade, através de um pensamento conceptualizado.

Não podemos esquecer que a utente possui uma doença crónica, osteoporose, que na terceira idade representa um dos maiores problemas de saúde. Ainda que não mate, pode encher a vida de conteúdos extraordinariamente desagradáveis, surgindo a par de muitas condições fatais, tais como a depressão. Porém, este não é o foco do sofrimento e estado depressivo/inquietação da utente, a doença crónica é só mais uma situação que veio cimentar as características depressivas da utente.

Quanto ao surgimento da angústia de morte, nas sessões finais, podemos compreender esta aparição como o erigir de um novo conflito não resolvido em D.T, é um medo interno que a impede de viver a realidade, bem como o imaginário. A sua fuga a este conflito, poderá ser resultado da não aceitação deste fim: D.T liga a morte ao seu vivido a aceita-a, mas não se consegue adaptar, ou seja, conforma-se mas não a aceita verdadeiramente, estando diante um conflito que a leva à perda de identidade e, consequentemente, à somatização.

No final do acompanhamento da utente não se observaram grandes progressos terapêuticos, dado que o desejado (a meu ver) passaria por uma eventual reconstrução da personalidade, que passaria por outro tipo de psicoterapia (mais profunda e intensa). O *setting* e contexto em que nos encontrávamos não nos permitiam tal situação. Ainda assim, trabalhei com a utente algumas formas diferentes de pensar e de exprimir/lidar com as emoções numa relação humana. Como é típico do funcionamento neurótico, D.T sempre compreendeu as minhas reformulações e/ou esclarecimento. Porém, saliento alguns progressos na utente, relativamente ao deixar transparecer as suas emoções e

angustias mais profundas, por muito pouco que tenha mostrado. Inicialmente, tinha em mente que tal seria quase impossível devido à rigidez do seu pensamento e funcionamento relacional.

7.2 Estudo de caso II (I.V)

Este sub-capítulo pretendemos dar a conhecer aspectos mais relevantes relativos ao acompanhamento de I.V, procurando analisar as temáticas abordadas durante o acompanhamento à luz do que preconiza a literatura.

A I.V é uma utente de 84 anos, de raça indiana, internada no centro desde Janeiro de 2008.

Nasceu a 24 de Agosto de 1926, em Goa (Índia), terra onde viveu a sua infância, que caracteriza repletas de felicidades. A utente entrou para a escola aos 7 anos, devido a uma febre tifóide, que levou a um internamento de 35 dias, o que atrasou um ano de escolarização. No entanto, adaptou-se facilmente à escola, assim como num Colégio Interno de Freiras onde esteve a estudar na 3ª e 4ª classe. Estudou até à 4ª classe, tendo tido como profissão em Portugal, auxiliar técnica de fitoterapia no laboratório na Estação Agronómica Nacional.

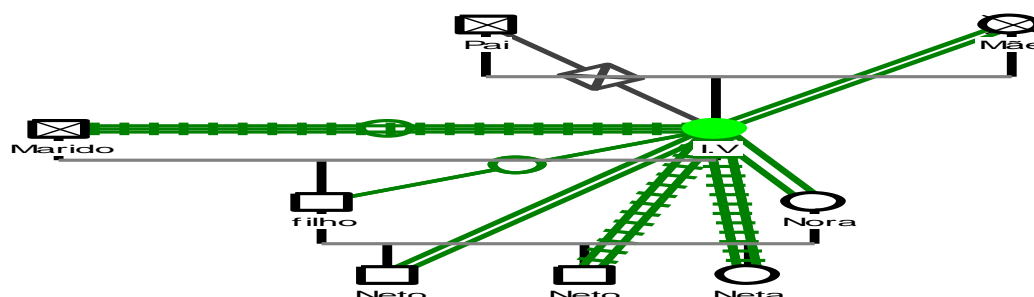
A menstruação apareceu aos 13 anos de idade, sentindo-a como algo muito estranho, visto que não sabia o que era. Falou com a sua mãe que lhe explicou, aceitando assim esta nova fase da sua vida. “I.V” tinha alguns amigos com quem passeava e brincava, no entanto, refere que foi com o seu marido e filho que teve as suas verdadeiras saídas: de mota, viajavam os três, sem destino.

Conheceu o seu marido através de amigos, referindo-se ao primeiro encontro como sendo “quase amor à primeira vista”. Casou-se aos 16 anos, tendo tido um

casamento “como muitos outros, com altos e baixos, mas foi muito bom”, onde, para além de marido e mulher, “I.V” e J. eram muito amigos.

O seu agregado familiar era, assim, constituído por si, marido e filho, estando agora viúva.

Genograma:



Quanto à história familiar, refere que do seu lado paterno não tem conhecimento dos avós, de qualquer outro familiar ou mesmo do pai, visto que este era capitão do exército português e nunca o chegou a conhecer. I.V nasceu de uma relação extra conjugal por parte deste, quando tinha ido à Índia numa missão. Chamava-se A. P e faleceu aos 84 anos, não sabendo a utente a causa. Quanto à sua mãe, chamava-se M. I. D, não tinha quaisquer problemas a nível de saúde, tendo falecido aos 69 anos na consequência de um AVC. Dos seus familiares, apenas estão vivos a própria, o seu filho, nora e netos.

O seu marido chamava-se J. M. V e tinha a profissão de administrador. Sofria de problemas de estômago (durante 20 anos até ser operado) e de má circulação, tendo tido um primeiro enfarte ao qual sobreviveu. Aquando de um segundo enfarte, J. não resistiu e faleceu na presença da utente. Desta união nasceu o primeiro filho, quando a utente tinha 19 anos, actualmente com 64 anos de idade. Foi uma gravidez normal, com alguns enjoos, tendo sido o parto no hospital. Refere que quem teve o primeiro contacto físico com o seu filho, foi o seu marido. O filho tem a profissão de agente de vendas e é

casado, tendo 3 filhos (dois rapazes e uma rapariga). Vive de boa saúde, tirando algumas dores de ossos e sinusite crónica.

I.V, viveu na Índia até aos 35 anos de idade, tendo vindo para Portugal aquando da autonomia do seu país, em Dezembro de 1961. Veio apenas com o seu filho, na esperança que o marido também o fizesse. Referiu que esteve a residir na residência social, até à chegada dos últimos compatriotas, quinze dias após a sua chegada. Não tendo notícias do seu marido, encontrava-se bastante preocupada, no entanto ele vinha no último navio com destino a Portugal, fazendo assim uma surpresa à I.V.

Quanto às suas relações sociais, refere ter muitos amigos, embora a maior parte já tenha falecido. Esteve em dois lares antes de vir para o Centro, afirmando ter feito amizades em ambos, tal como aqui. Tem uma amiga, antiga colega de trabalho, que a visita regularmente.

A utente sofre de diabetes, osteoporose, artroses e reumático. Quanto aos hábitos alimentares não refere alterações, afirma que come o suficiente, de forma a não prejudicar a diabetes. Não fuma e nem bebe. Com relação ao sono refere que toma medicação para dormir.

Foi referenciada para a consulta de psicologia por evidenciar humor deprimido. As suas queixas dizem respeito a um “vazio interior” que se relaciona com o processo de institucionalização, relação conflituosa com a colega de quarto e com o processo de luto referente ao marido e nos últimos tempos ao cão.

Avaliação psicológica.

No âmbito do acompanhamento, foram aplicadas à utente as provas que se seguem: MMSE, CDT, DGS e o Mini-Mult, com o intuito de poder ser definido um

perfil de personalidade e para que a intervenção fosse a mais adequada possível. Deste modo, obtiveram-se os seguintes resultados (21-3-2011) em Anexo J:

MMSE – Obteve uma cotação de 28 pontos, o que revela que a utente não possui deterioração cognitivo (ultima avaliação 12-01-2010). Evidenciou algumas dificuldades na representação construtiva

CDT - Obteve 9 pontos (avaliação de 12-01-2010). O que não remete para alteração da função cognitiva na orientação temporal e na função grafo-espacial, reforçando ainda os resultados obtidos MMSE.

GDS – Nesta prova a utente obteve 17 pontos, o que dá conta de depressão ligeira.

Mini-Mult – Os resultados das escalas clínicas foram válidos e revelam que os valores para as escalas de Histeria (T75) e de Psicopatia (T71) se destacam por estarem um pouco acentuados mas dentro do normal. Analisar em termos de T=70 a 80 são descritos como imaturos, egoístas, exigentes, impulsivos e amoráveis. O contacto com os outros é superficiais, imaturas e narcisistas. Procuram através das emoções conquistar afeição e apoio. Tem grande dificuldade em lidar com a agressão e o stress.

Contudo a utente parece estar estável sem evidenciar qualquer tipo de transtornos extremos. Perante os valores que estão acentuados para o padrão, sugere-se que a intervenção ocorra no âmbito dos aspectos que se seguem: melhorar a relação conflituosa com a colega de quarto e reforçar a auto-confiança.

A avaliação psicológica revela que a utente manifesta humor deprimido, o que se torna evidente através da GDS e do Mini-Mult.

Face ao apresentado definiram-se os *objectivos de intervenção* que se seguem:

- Desenvolver a relação terapêutica; Prevenir episódios maníaco-depressivos; Trabalhar conteúdos no âmbito da relação com a colega de quarto, com

vista a reduzir atritos; Permitir a partilha de sentimentos relativos à morte do marido; Explorar sentimentos relativos à institucionalização; Promover melhores relações sociais na instituição.

Posto isto, de seguida serão contemplados os aspectos mais relevantes no que concerne ao *desenvolvimento das sessões de acompanhamento* (13-01-2011 a 06-06-2011).

No que respeita à *relação terapêutica*, constatei que se tornou gradualmente mais coesa, aspecto que é indispensável uma vez que a mudança ocorre na e pela relação, o que confere extrema importância à qualidade da relação (Leal, 2005). Desde o início que foi tido em consideração um *setting terapêutico* adequado, facilitador da relação. Na primeira sessão foram abordados os aspectos relativos ao contacto terapêutico, pelo que foi negociado com a utente a frequência das sessões, assim como a duração de cada uma delas. As questões éticas também foram salientadas, tendo sido reforçado que as sessões seriam um espaço para a utente, não extravasando qualquer tipo de informação para o exterior. Para além disso, houve o cuidado de assumir uma postura de neutralidade, não emitindo juízo de valor em momento alguns.

Importa mencionar que nas primeiras sessões, os silêncios eram frequentes e constrangedores, assim como as tentativas, por parte da utente, de finalizar precocemente as sessões quando as temáticas abordadas eram sentidas como mais invasivas, logo notava-se uma tentativa de fuga. Contudo, com o passar das sessões a utente começou a sentir-se mais à vontade para partilhar os seus sentimentos mais íntimos, um exemplo concreto deste aspecto remete para o facto de nas primeiras sessões a I.V referir por vezes que “hoje não tenho nada para dizer ... já disse tudo que tinha para dizer” (esta expressão também dá conta de uma tentativa de recusa), no

recorrer das sessões a utente começou gradualmente a tomar a iniciativa de falar logo no início da mesma, sem que fosse necessário colocar qualquer tipo de questão.

Na penúltima sessão, aquando de uma retrospectiva do acompanhamento, a utente afirmou “*aqui consigo falar daquilo que sinto, estou a ser ouvida/compreendida, acho que há uma grande empatia entre nós, tenho muita pena que se vá embora*”, esta confirmação mostra que de facto a qualidade da relação foi evoluindo progressivamente e de forma muito positiva.

No âmbito da *prevenção de episódios de maníaco-depressivos*, durante o acompanhamento não evidenciou qualquer tipo de humor extremo. Todavia, através da GDS a I.V apresentou uma depressão ligeira, para além disso, a I.V referiu muitas vezes que sentia um “vazio” que não conseguia explicar, referindo o seguinte: “este vazio ficou mais acentuado após a reforma” (...) “foi com a morte do meu marido que comecei a sentir este vazio”, após ter dito estas palavras a utente chorou. Afirmou nessa mesma sessão, que “ir a fisioterapia consistiam numa tentativa de colmatar o vazio que sentia”, ao que referi (estagiaria): “como poderá preencher esse vazio, sem o recurso a fisioterapia?”, tendo a I.V respondido: - “com carinho”. Na sessão seguinte a I.V referiu mais uma vez que o seu “vazio” permanecia:

(estagiaria) – “O facto desse vazio se manter, o que lhe faz sentir?”

(I.V) – (silêncio aproximado de 2 a 3 minutos) “faz-me sentir triste.”

(estagiaria) – “Para onde vai essa tristeza?”

(I.V) – “fica em mim e aguento-a.”

Face ao exposto, foi promovida, o mais possível, a expressão de sentimentos, que se tornou progressivamente mais natural para a utente.

Quanto às fases em que predominavam os afectos menos positivos, a I.V nesses períodos revelava ser muito crítica para as mais diversas situações, pelo que tecia

bastantes críticas em relação à sua colega de quarto, às outras utentes e até mesmo, relativamente a alguns colaboradores. Numa dessas fases, a I.V revelou inclusivamente um episódio cujo comportamento foi de irreflexão: “já sei porque é que a superiora do piso ficou aborrecida comigo. É que gritei com a S.H por causa do aumento do som da TV quando estar a descansar ...pensei que foi de propósito para me chatear”, assim fui explorada esta situação, pelo que acabou por se dar conta do quão imprudente tinha sido o seu comportamento, afirmando; “no momento não pensei nisso, não devia ter gritado”.

Denota-se que, apesar de alguns períodos de maior depressividade, a I.V não evidenciou fases de humor extremo.

A *relação da I.V com a colega de quarto S.H* também foi uma temática abordada com muita frequência durante o acompanhamento. A I.V considera a sua relação com a colega como “boa” contudo os episódios do dia-a-dia que a I.V relatava transpareciam a maior parte das vezes, situações de conflito. Com o desenvolver da relação terapêutica, começou a ser utilizada a técnica de confronto, que não fomenta empatia, porém a I.V não ficava aparentemente aborrecida com o confronto, revelando inclusivamente uma boa capacidade de *insigth*.

Outro aspecto importante é a *relação mãe/filho*: importa salientar que logo na primeira sessão relaciona-se com o facto de esta considerar que “devia ter apoiado mais o filho quando casou”, porém procede a uma denegação na sessão que se seguiu e sessão posterior quando é abordada esta questão a I.V denota sentir culpa por não ter dedicado mais tempo ao trabalho na fase em que era mais nova, não tendo apoiado o filho como acha que devia ter feito financeiramente.

Um outro aspecto prende-se com o facto de a I.V não concordar com a vida que o filho escolheu, para além disso, é de opinião que o filho “trabalho muito para poder

sustentar a casa e os filhos por isso é que os meus netos não têm tempo para vir visitar estão sempre a trabalhar tudo isso porque não ajudei como devia”.

Por sua vez, a I.V referiu varias vezes que o filho e os netos precisavam muito do seus espaços, um dos aspecto que inclusivamente, mencionou ter motivado a sua entrada no centro. A I.V mencionou: - “evito não pensar muito nisto porque sinto triste”. Deste modo, procurou-se que a utente aceitasse à sua tristeza, apesar de ser algo de extrema dificuldade.

Sessão posterior a I.V mencionou que tinha “saudade de quando o filho era bebé”, no entanto o filho cresceu e tal como a I.V, pôde fazer as suas escolhas, o filho também quis ter essa oportunidade, aspecto que a utente parece não ter aceiteado. Assim quando confrontada com esta hipótese, a I.V permaneceu em silêncio e referiu ter que descansar porque logo vou a missa, motivo pelo qual preferiu terminar a sessão.

Uma outra temática abordada no decorrer das sessões relaciona-se com a *morte do seu marido*.

O tema da morte origina sempre sentimentos variados, para Yalon (1980), a morte quando percepcionada de forma apropriada pode promover o enaltecimento da vida. Por outro lado, uma segunda perspectiva mostra que a contracção exagerada no medo da morte, constitui a principal fonte de ansiedade.

A primeira vez, que se confrontou com a morte de uma pessoa significativa ocorreu quando o marido teve um enfarte, altura em que faleceu. A I.V em várias sessões referiu que o seu marido falecera de forma inesperada, tendo salientado que “estavam sentados a ver Tv. quando deu um segundo enfarte, não resistiu e faleceu na presença da I.V”. Considera ter sido uma perda muito grande, que gerou um intenso “vazio” o qual posteriormente foi substituído por um sentimento de “grande revolta

porque morreu sem que ninguém esperasse”. Considera o seu marido como uma figura de extrema importância na sua vida, conferindo-lhe a sensação de estabilidade.

Note-se que a dor e o sofrimento são elementos comuns ao luto e à melancolia, contudo o impacto dessa dor no sujeito pode assumir diferentes possibilidades, pelo que a separação, a perda do objecto de amor pode ser vivenciada como luto ou por outro lado, como melancolia. Deste modo, no luto ocorre um processo de desinvestimento libidinal relativamente ao objecto perdido que possibilita o investimento noutra objecto. Por outro lado, na melancolia o sujeito através da identificação incorpora o perdido pelo que se verifica um empobrecimento egóico, aspecto que explica a diminuição da auto-estima e a insatisfação consigo mesmo, trata-se de uma agressão contra o objecto perdido que foi incorporado pelo ego. Assim, “no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego” (Freud, 1915/1917, citado por Moreira, 2004).

De facto para a utente, este sentimento de “vazio” tornou-se evidente. Todavia também se verificou uma diminuição da auto-estima, insatisfação e aparentemente de incapacidade para investir noutra objecto de amor, contudo torna-se difícil e arriscado assumir com precisão a forma como a utente assumiu esta perda, uma vez que a intervenção se centrou maioritariamente nos princípios da corrente cognitivista, que tem por base o facto de as cognições estarem organizadas em esquemas, pelo que perante acontecimentos nefastos, ocorrem alterações nesses esquemas, os quais devem ser novamente estruturados para que ocorra melhoria clínica, isto é para que o estado afectivo evolua de forma favorável (Beck & Clark, 1988, citado por Leal, 2005).

Por fim no que respeita ao *processo de institucionalização*, verificou-se que a I.V sente adaptada na instituição, tendo referido: “aqui sinto-me bem”, vim para o centro por iniciativa própria, uma vez que não queria “sobrecarregar” o filho.

Frequentemente menciona gostar muito de estar no centro, aderindo activamente às actividades promovidas, tais como: participar no jornal do centro, ginástica, croché, jogo do loto, grupo de cânticos, pintura e visitas ao exterior. Refere ainda gostar de estar no Centro, onde as pessoas são “todas muito simpáticas”, para além disso, revela ser uma pessoa sociável com as outras utentes, embora mencione que nem sempre as outras utentes gostam dela. Ainda denota relações conflituosas com algumas utentes, nomeadamente com uma companheira de quarto, considerando que no seu quarto “o ar fica irrespirável”.

Contudo a I.V, também evidencia ter estabelecido relações afectivas com duas pessoas do centro, “estas pessoas considero-as minhas amigas e dão-me algum do afecto que preciso”.

Em suma, no decorrer do acompanhamento psicológico verificou-se que a I.V usa mecanismo de defesa como: a intelectualização, negação. Denota-se ainda que com o fortalecimento da relação terapêutica a utente revelou uma maior capacidade para expressar os seus sentimentos.

Para além disso, salienta-se a relação da I.V com a sua companheira de quarto, que apesar de conflituosa revela aspectos positivos, na medida em que a I.V mencionou o seguinte: “a SH foi muito querida comigo, estava a chorar por causa da morte do meu cão e ela veio me dar o consolo. Foi muito importante para mim”.

Nota-se ainda, que a I.V evidenciou por vezes comportamentos de impulsividade, como por exemplo ter gritado com a companheira de quarto. Estes comportamentos impulsivos reflectem, de acordo com as teorias dinâmicas, uma regressão para uma fase de ambivalência face ao objecto de amor.

8. Reflexão Final / Conclusão

Quando iniciei o meu percurso de estágio pensava que devia saber tudo e que naturalmente, devia ser capaz de fazer todas as tarefas sem cometer erros. Queria, em pouco tempo alcançar um nível de conhecimento equivalente à experiência de uma vida de trabalho. Tão cedo percebi que não poderia alcançar esse nível de conhecimento e de experiência em pouco tempo, não só devido à minha pouca prática que se resumia em nada, como também devido ao facto de ter de fazer o meu próprio caminho. Compreendi que cada um de nós, estagiários, faz o seu caminho durante o estágio e que esse caminho é único, pessoal e incomparável.

Ao longo do estágio pude perceber quais são as minhas potencialidades e as minhas fragilidades enquanto psicóloga. Creio que cometi erros durante este processo de acompanhamento (D.T). Um deles foi o facto de, por vezes, encarar cada sessão como única, abstraindo-me das sessões anteriores e esquecendo, assim, que o processo terapêutico é contínuo. Contudo, deveria ter usado a pergunta – escala em algumas sessões de modo a perceber a evolução da utente ao longo da terapia.

Sei também que, durante o processo terapêutico, intervi em alguns momentos sem conhecer devidamente a pessoa. Um dos pressupostos do modelo centrado na pessoa é o de que, para ajudar o cliente, o terapeuta deve centrar-se na pessoa e não no problema.

O maior erro de todos os que cometi foi, sem dúvida, ter-me centralizado na patologia e angústia da utente, uma vez que eu estava a passar pela situação semelhante à da utente (a perda com a morte do meu pai derivado a uma linfoma nos gânglios linfático e eu, pela 2ª vez consecutiva por um tumor no útero e outro no ovário num curto período de tempo menos de um ano), houve momentos em que foi a própria utente a me dar apoio.

Neste presente relatório procuro descrever e dar a conhecer as actividades que foram desenvolvidas no decorrer do estágio. Foram muitas as actividades desenvolvidas, foram muitas as pessoas com quem tive o prazer de intervir. Tratou-se de uma experiência extremamente rica, pelo que procurei relatar a diversidade de experiências o melhor possível, mas tentando não ser demasiado exaustiva.

Assim, no decorrer do estágio adquirir novos conhecimentos e tive oportunidades de desenvolver técnicas de entrevista e desenvolvimento da minha capacidade de compreensão e interpretação de casos. No decorrer das aulas teóricas pude explorar casos teóricos, contudo o estágio possibilitou uma ligação entre a teoria e a prática, pelo que percebi que por vezes apesar de interpretar de forma adequada os conteúdos, sentia alguma dificuldade em devolvê-los à pessoa em questão.

Um outro aspecto que exigiu bastante dedicação e estudo da minha parte, diz respeito aos instrumentos utilizados para avaliação psicológica e neuropsicológica, na medida em que desconhecia muitos deles e por outro lado, ainda não tinha tido oportunidade de os aplicar nem de os cotar. Não obstante, evolui de forma favorável neste parâmetro.

Quanto aos meus pontos fortes, considero que a capacidade de empatia é um deles. Desde o início do estágio, que senti facilidade em relacionar com as utentes e outros colaboradores, procurei o mais possível ser assertiva, embora reconheça que nem sempre é fácil. No entanto, a disponibilidade da psicóloga orientadora e dos outros colaboradores foram fundamentais para que eu me sentisse confortável para interagir com as utentes.

Por sua vez, desde o início do estágio que fiz um esforço por conhecer os nomes das utentes, mesmo daquelas com quem não intervinha directamente, isto porque me parece importante, que as pessoas numa instituição sejam conhecidas pelo nome e não

por um número mecanográfico ou pela sua patologia. Importa realçar que a própria instituição prima por tratar de forma personalizada cada utente, o que me parece ser um exemplo de cuidados humanizados. Assim, gradualmente conheci inclusivamente os seus apelidos, pelo que notei que o facto de as tratar pelo nome, as satisfazia bastante e promovia a relação. Tinha o cuidado de cumprimentar e abordar todas as utentes, sem me cingir àquelas com que intervinha semanalmente, este aspecto pareceu-me importante pois as pessoas pareciam sentir-se agradadas com o facto de eu as abordar e revelar disponibilidade.

Um aspecto que procurei sempre considerar foi a questão da responsabilidade, em momento algum fiz algo que não fosse da minha competência, este facto parece-me crucial porque o exercício da psicologia implica a relação com pessoa humana. Assim, tive sempre em consciência que as minhas palavras ao terem consequências no outro, deviam ser utilizadas de forma a não causarem prejuízo no outro, pelo que penso que as palavras têm associado à minha falta de experiência obrigaram-me a uma reflexão constante da minha intervenção, o que se tornou bastante cansativo. No entanto, com o decorrer do estágio esta exaustão começou a reduzir, pois as palavras adequadas começaram a surgir com mais naturalidade, aspecto que também se deveu às frequentes reuniões de supervisão promovidas pela psicóloga orientadora. Por sua vez, as aulas de seminário de estágio, também me permitiram reflectir acerca das práticas, tendo a exposição de casos por parte dos outros colegas sido igualmente importante.

Aprendi sobre tudo que a demência – a afecção mais prevalente na população utente do Centro, não define as pessoas que dela padecem nem as desvaloriza. Quando iniciei o meu estágio pensava que um idoso com demência não era sensível ao meio envolvente, não reconhecia as pessoas à sua volta nem tinha o discernimento necessário para gostar ou não de algo. Descobri que isto não é verdade. Com as festas realizadas no

centro a que assisti, com as sessões de estimulação cognitiva ou simplesmente a partir da observação das utentes enquanto eu tomava o café ou almoçava no bar percebi que as ideias que tinha construído estavam erradas e que as idosas com demência também têm preferências e gostos e também conseguem perceber o mundo da mesma forma que eu. O direito ao respeito e à dignidade é o mesmo.

Relembrando conselho dado pelo Professor Dr. Raul Guimarães antes de iniciarmos a nossa experiência de estágio “procurem deixar a vossa marca”. Creio que foi com pequenas acções que deixei a minha. Apesar de ser uma pessoa tímida e discreta, que quando chegava à sala do piano ficava envergonhada porque as utentes a observavam com curiosidade, o convívio semanal com estas idosas despertou a minha vertente mais atenciosa e humorística, e a timidez foi desaparecendo. Percebi que ter dois minutos para ouvir uma anedota ou perguntar se está tudo bem são acções que marcam a nossa presença junto das idosas do Centro, porque são acções genuínas que mostram afecto e preocupação

Saliento ainda outra pequena marca que deixei no Centro: a formação sobre alterações psicológicas na pessoa idosa “Ansiedade no Idoso” (Anexo G).

Em suma, tratou-se de um estágio, que na minha opinião, foi muito bem-sucedido, pois teve rigor científico, foi rico em novas aprendizagens e trouxe muitos contributos para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, aspecto que foi ao encontro da avaliação realizada pela psicóloga orientadora (em Anexo K) e em (anexo L) folhas registos de presenças no local de estágio.

9. Referências bibliográficas e bibliografia

- Achenbaum, W.A (2005). Ageing and changing: International historical perspectives on ageing. In Malcolm L. Johnson (Eds), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pg. 21 – 29). Cambridge University Press.
- Agostinho, P. (2000). *Envelhecimento e Psicossomática em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Aiken, L. (1995). *Aging and adjustment*. London: Sage Publication. (Tradução Individual)
- Ávila, R. e Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de deficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29 (4), 190-196.
- Audísio, R., Repetto, L.& Zagonel, V. (2006). Câncer nos idosos. In J. Doroshow, D. Khayat, A. Nakao, B. O’Sullivan & R. Pollock (Eds.) *Manual de oncologia clínica* 851-874. São Paulo : Wiley.
- Barreto, J. (1988). Aspecto Psicológico do Envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 159-170
- Barros de Oliveira, J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso*. 4ª Ed. Porto: Livpsic.
- Bartolomé, M. & Ardila, A. (2005). *Síndromes neuropsicológicas*. Salamanca: Amarú. Ediciones.
- Beach, W. S (1991). Envelhecimento. In *Inciclopédia Einaudi. Organismo-Hereditariedade* (v. 19, 197-211). Porto: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older Women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 795-813

- Beck, A. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (15ªEd.) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belsky, J. (1999). *Psicologia del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo
- Camões, C., Pereira, F.M. e Gonçalves, A. (2005). *Reabilitação na Doença de Alzheimer*. Porto: Psicoglobal.
- Casado, J. (1995). *Manual práctico en Psicogeriatría*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.
- Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- CEDRU: Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008). Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal – *Relatório Final*. Lisboa: Fundação Aga Khan.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chiquello, R., Eusébio, C. e Sousa, L. (2005). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. Porto: Psicoglobal.
- Clare, L. e Woods, B. (2001). Editorial: A role of cognitive rehabilitation in dementia care. *Neuropsychological rehabilitation*, 11 (3-4), 193-196.
- Costa, A. (2003). Contornos bio-psico-sociais do envelhecimento. *Hospitalidade*, 260, 10-13.
- Cook, J., Gallagher-Thomposon, D. & Hepple, J. (2005). Psicoterapia com Idosos. In J. Beck, G. Gabbard & J. Holmes (Eds.). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (519-529). Porto Alegre: Artmed.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). *Encyclopedia of Psychological Assesment*. Londo; Thousand Oaks; New Delhi: SAGE.

Fernandes, P. (2000), A Depressão no Idoso. Colecção: Educação e Saúde. Coimbra: Quarteto

Figueiredo, D (2007). Cuidados familiares ao idoso dependentes. *Cadernos Climepsi Saúde 4*. Lisboa: Climepsi

Folheto Informativo do CPNSF – *Folheto de Acolhimento*.

Folheto Informativo do CPNSF - *Identidade e Missão*.

Folheto Informativo do CPNSF – *Maria Josefa Recio Fundadora das irmãs hospitaleira do Sagrado Coração de Jesus*.

Folheto Informativo do CPNSF – *São Bento Menni Profeta da Hospitalidade*.

Fonseca, A. (1998). *Psiquiatria e Psicopatologia* (Vol. II). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. (1998). *Psiquiatria e Psicopatologia* (Vol. II). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. & Paúl, C. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura, III, (2)*, 345-362

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica, baseado no DSM-IV* (2ª ed.) Artimed

Garcia, C. (1988). A Deterioração Mental dos Idosos. A tão falada Arterioesclerose Cerebral e a misteriosa Doença de Alzheimer. *Psicologia, VI, (2)*, 197-206

Goncalves, C. & Carrilho, M.J. (2007). *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. Revista de Estudo Demograficos – INE. Lisboa, 40: 21-37

Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assesment*. 5th Ed., New Jersey: Wiley.

INFOTESTE – Experiência e Tecnologia em Psicologia - *REHACOM – Treino, Aprendizagem e Reabilitação Cognitiva*

- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Revista de Estudos Demográficos*. N.º48. Lisboa: INE.
- La Rue, A. & Spar, L., (2005). Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica. Lisboa: Climepsi
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século
- Lehmann, S.W. (2003). Psychiatric disorders in older women. *International Review of Psychiatry*, 15, 269-279.
- Levinson, D. (1990). A theory of structure development in adulthood. In C. Alexander e R. Langer (Eds), *Higher stages of human development* (pp. 35-53). Oxford: Oxford University Press.
- Mac-Kay, A., Assencio-ferreira, V. & Ferri-Ferreira, T. (2003). *Afasia e demências*. São Paulo: Livraria Santos Editora Lda.
- Marques, A. R. & Sousa, Z. (1989). Aspectos da 3ª Idade. *Psiquiatria Clínica*, 271-275
- Morala- Dimaandal, D.T. (2009). Differences of functional status among elderly women in urban and rural settings: Self-report and performance-based measures. *Advances in Physiotherapy*, 11, 13-21
- Nazareth, J. M. (1999). Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e cultura*, 3 (2), 239-251.
- Oulès, J. (1978). As Neuroses na Terceira Idade. In *Psicopatologia da Terceira Idade*. (pp. 93-126) Lisboa: Vitoria.
- Pães de Sousa, M. (1979). Aspectos Psicopatológicos da Depressão na 3ª Idade. *Hospitalidade*, 260, 167-168
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Climepsi Editores.
- Ribeira, S., Ramos, C. e Sá, L. (2004). Avaliação inicial da demência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 569-577.

- Robert, Ladislav (1995). *O Envelhecimento – Factos e teorias*: Lisboa, Instituto Jean Piaget Editores.
- Rogers, C. (1980), *Um Jeito de Ser*. (3ª Reimpressão). São Paulo: E.P.U- Editora Pedagógica Universidade Lda.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Smith, H. M. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services*, 4 (4), 277-286
- Spar, J., & La Rue, A (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Straub, R., (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*. Oxford: Oxford University Press
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicologia do envelhecimento* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Wilson, A. (1996). Reabilitação das Deficiências Cognitivas. In Nitrini, R., Caramelli, P. & Mansur, L. (Eds). *Neuropsicologia das Bases Anatômicas à Reabilitação*, 314-343. São Paulo: Clínica Psicológica HCFMUSP.
- World Health Organization (2003). *Gender, health and ageing*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Active ageing: A policy Framework*. Madrid, Spain: World Health Organization
- Yalon, I. (1980). *Existencial Psychotherapy*. U.S.A: BasicBooks

Anexos

Anexo A - Tabela 1 - Direitos e Deveres das Utentes assistidas

Anexo B – Testes e escalas para avaliação Psicológica

Anexo C - Alzheimer Disease Assement Scale (ADAS)

Anexo D - Tabela 4 - Programa Informatizado de Reabilitação Cognitiva Rehacom

Anexo E – Avaliações e folhas de registo de estimulação cognitiva de G.C

Anexo F – Planificação e Registos das sessões de GPPI, II

Anexo G – Tema e Registo de uma Apresentação das sessões de GPF

Anexo H – Avaliações e Registos das sessões de acompanhamento D.T

Anexo I - Tabela 6 – Teste do Protocolo de Rorschach da D.T

Anexo J – Avaliações e folhas de Registos das sessões de acompanhamento I.V

Anexo K – Avaliação da Psicóloga Orientadora de Estágio

Anexo L – Folhas de Registo de Presenças no local de estágio